Ribeiro de Souza Rezende

Dr. Ernesto de Rezende

EX-INTERNO DA SANTA CASA DE MISERICORDIA

LAPAROTOMIA

THESE INAUGURAL

RIO DE JANEIRO
Typ. Leite & Vianna, Rua Sete de Setembro, 54

1900

Faculdade de Medicina e Pharmacia do Rio de Janeiro

DISSERTAÇÃO

LAPAROTOMIA

PROPOSIÇÕES

Tres sobre cada uma das cadeiras da Faculdade

THESE INAUGURAL

Apresentada a 11 de Outubro de 1899

E DEFENDIDA

Em 24 de Janeiro de 1900

POR

Ernesto Ribeiro de Souza Rezende

(APPROVADA PLENAMENTE)

Ex-interno do Hospital Geral de Misericordia, ex-socio do Gremio dos Internos dos Hospitaes, ex-membro da Commissão de Sciências naturaes do mesmo Gremio, etc. etc.

NATURAL DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO

FILHO LEGIMITO DOS

Barões de Valença

Rio de Janeiro

Typ. Leite & Vianna, Rua Sete de Setembro 54

1899

Faculdade de Medicina e de Pharmacia do Rio de Janeiro

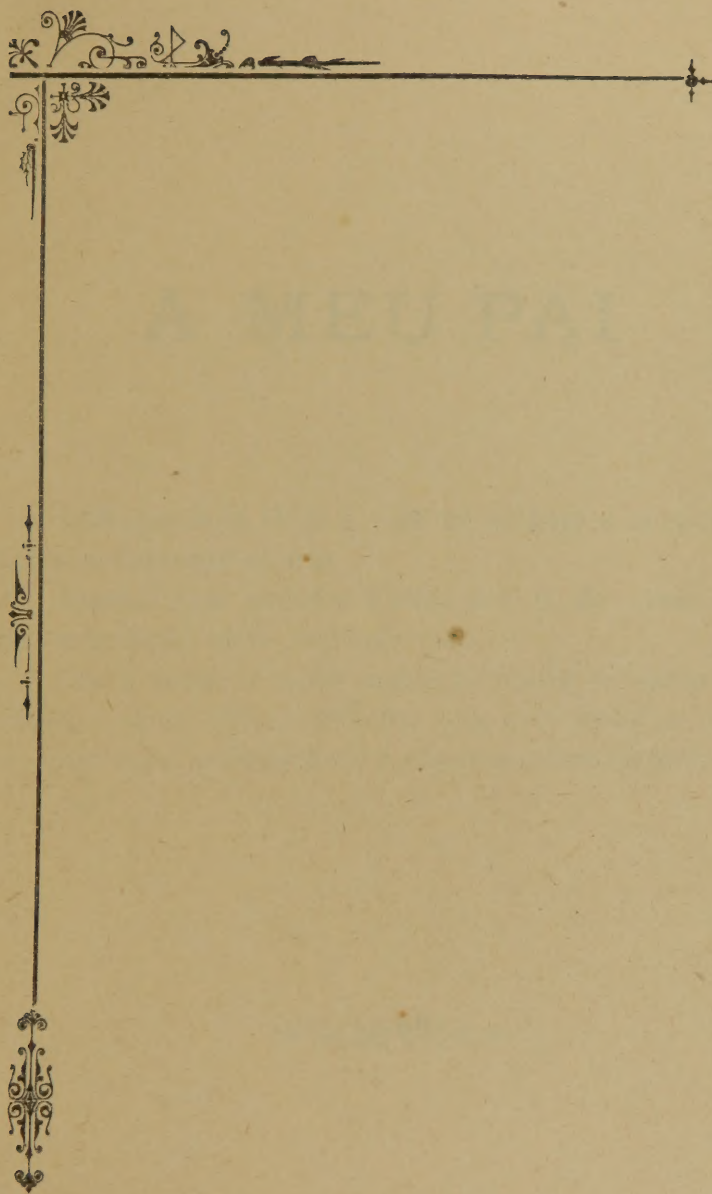
DIRECTOR — Dr. Rodrigues do Alvarenga.
VICE-DIRECTOR — Dr. Francisco de Castro.
SECRETARIO — Dr. Eugenio do Espirito Santo de Menezes.

LENTES CATHEDRATICOS

DRS.:	
João Martins Teixeira	Physica medica.
Augusto Ferreira dos Santos	Chimica inorganica medica.
João Joaquim Pizarro	Botanica e zoologia medicas.
Ernesto de Freitas Crissiuma	Anatomia descriptiva.
Eduardo Chapot Prevost	Histologia theorica e pratica.
Tiburcio Valeriano Pecegueiro do Amaral	Chimica organica e biologica.
João Paulo de Carvalho	Physiologia theorica e experimental.
Antonio Maria Teixeira	Materia medica, Pharmacologia e arte de formular.
Pedro Severiano de Magalhães	Pathologia cirurgica.
Henrique Ladisláo de Souza Lopes	Chimica analytica e toxicologica.
Augusto Brant Paes Leme	Anatomia medico cirurgica.
Domingos de Góes e Vasconcellos	Operações e apparelhos.
Antonio Augusto de Azevedo Sodré	Pathologia medica.
Cypriano de Souza Freitas	Anatomia e physiologia pathologicas.
Albino Rodrigues de Alvarenga	Therapeutica.
Luiz da Cunha Feijó Junior	Obstetricia.
Agostinho José de Souza Lima	Medicina legal.
Benjamin Antonio da Rocha Faria	Hygiene e mesologia.
Antonio Rodrigues Lima	Pathologia geral.
João da Costa Lima e Castro	Clinica cirurgica—2ª cadeira.
João Pizarro Gabizo	Clinica dermatologica e syphiligraphica
Francisco de Castro	Clinica propedeutica.
Marcos Bezerra Cavalcanti	Clinica cirurgica—1ª cadeira.
Erico Marinho da Gama Coelho	Clinica obstetrica e gynecologica.
Joaquim Xavier Pereira da Cunha	Clinica ophtalmologica.
José Benicio de Abreu	Clinica medica —2ª cadeira.
João Carlos Teixeira Brandão	Clinica psychiatrica e de molestias nervosas.
Candido Barata Ribeiro	Clinica pediatrica.
Nuno de Andrade	Clinica medica—1ª cadeira.

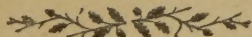
LENTES SUBSTITUTOS

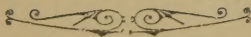
	DRS.:
1ª. secção	
2.ª »	Oscar Frederico de Souza.
3.ª »	Luiz Antonio da Silva Santos.
4ª. »	Antonio Dias de Barros.
5ª. »	Ernesto do Nascimento Silva.
6ª. »	Francisco de Paula Valladares.
7ª. »	Miguel de Oliveira Couto.
8ª. »	Ausgusto de Souza Brandão.
9ª. »	Francisco Simões Corrêa.
10ª. »	José Antonio de Abreu Fialho.
11ª. »	Luiz da Costa Chaves Faria.
12ª. »	Marcio Filaphiano Nery.

N. B. A Faculdade não approva nem reprova as opiniões emittidas nas theses que lhes são apresentada.

A MEU PAI

Cedo pezou-te Deus a vida na balança e as tuas virtudes enviaram-te ao ceu.

Prantos bem sentidos d'alma por ti, de quem ficou na orfandade! orfão segunda vez!

Por ti tomei a ardua tarefa da minha formatura por divisa, e sendo este o trabalho com que fecho as portas do meu curso academico, a ti sómente cabem as glorias.

A MINHA MÃE

A ti saudades; do berço Deus cedo nos separou resta-me uma esperança; é a de nos reunirmos novamente e dessa vez para nunca mais nos separarmos.

A MINHA ADORADA ESPOSA

Palmyra.

A ti este meu trabalho, os meus esforços, os meus sacrificios, tudo é teu.

Quando o pensamento fugia-me em sonhos desta existencia real, a luz dos teus olhos, o mysterio da paixão guiavão-me a penna.

Deste-me a inspiração em gottas de affectuoso amor.

Entrego-te o fructo desse amor.

Aos meus caros irmãos

D. Maria de Rezende Conceição.
Dr. Maximiliano de Souza Rezende.
Dr. Estevão de Souza Rezende.

Amizade e dedicação.

Ao meu cunhado e tutor

Manuel E. da Conceição.

Estima sincera e consideração.

Ao presado sogro e amigo

Antonio van Erven.
E á sua Exmª. familia.

Os tributos da minha maior amizade e consideração.

Aos meus tios

Marqueza de Cambolás.
D. Maria Ambrozina de Rezende.
Barão Geraldo de Rezende.
Barão de Rezende.
Commendador Severino de Rezende.

A mais sincera prova de real estima e profundo respeito.

Aos meus tios e madrinha

Dr. Rodolpho Hehl.
D. Lucia Hehl.

Testemunho de quanto os prezo e estimo.

Aos meus illustres mestres

Dr. Francisco de Castro.
Dr. Augusto Brandão.
Dr. Bustamante Sá.
Dr. Joaquim Abilio Borges.

Honra ao merito e ao talento.

Aos distinctos amigos

Dr. Baptista Lapér.
Dr. João Albino Dias da Silva.
Dr. Americo Brasiliense de Almeida Mello Filho.
Dr. José Portugal.
Dr. João de Assis Lopes Martins.

Honra ao merito e ao caracter.

Ao illustre clinico

Dr. João Egydio de Carvalho.

Profundo reconhecimento e amizade.

Ao Dr. Manuel Rodrigues de Figueiredo e sua Exmª. familia.

Amizade.

A' Exmª. Srª. D. Felicia Souto da Rocha Braga e sua Exmª. familia.

Tributo de amizade e consideração.

A' Exma. Srª. D. Izabel Barboza de Oliveira.

Sincera prova de amizade e respeito.

Ao Dr. José Leite Silva e sua Exmª. familia.

Profunda estima e consideração.

Aos meus bons companheiros de casa

Dr. Delfino de Ulhôa Cintra.
Dr. Delfino de Ulhôa Cintra Junior.
Dr. Edgardo Ferreira de Carvalho.
Dr. Alberto de Oliveira Motta.
Profunda amizade e gratas recordações.

Aos meus amigos

Dr. Augusto Bernacchi.
Dr. Alipio de Noronha Gomes da Silva.
João Cornelio Leite Silva.
Dr. Octavio Moraes Veiga.
João Rodrigues da Motta Teixeira.
Dr. Manuel de Araripe Sucupira.
Dr. Augusto Brandão Filho.
Dr. Carlos de Rezende.
Dr. Benjamin da Rocha Faria.
Dr. Eduardo Jacobina.
Antonio Jacobina.
Dr. Delfino de Oliveira Cintra.
Francisco Pereira da Silva Vianna.
Dr. Francisco Laraya.

Aos doutorados de 1899

Saudades

Historico

A laparotomia apezar de só nos tempos actuaes ter tomado um certo desenvolvimento, comtudo já data de tempos remotos.

Aristoteles e Galeno referem em seus escriptos a practica da extirpação dos ovarios nos animaes.

Mais tarde, os homens levados por seus libidinosos instinctos, fizeram extirpar os ovarios ás suas amantes, privando-as desta fórma de um dos papeis mais salientes que tem a mulher, de preencher neste mundo a funcção da maternidade, de maneira que, obtendo ella uma juventude quasi perpetua, pudessem tambem perpetuar os seus prazeres.

E' eivado destes depravados sentimentos que Audromatis, rei dos Lydios, conforme vê-se dos escriptos de Xantus, foi o primeiro que ordenou se praticasse a castração das mulheres destinadas a substituir os eunuchos no serviço do seu palacio.

Hesechius imputa os mesmos habitos a Gyges, tambem rei da Lydia, com o fim de conservar em suas victimas uma belleza duradoura.

Vierus, Boerhaave, Graaf e outros auctores citam o facto de um Hungaro que castrou sua filha com o fim de impedir-lhe a vida dissoluta que levava.

Strabon diz que na Arabia existia um povo que castrava as mulheres e os homens.

Esta epocha é um pouco obscura e os auctores não estão de accordo sobre a maneira pela qual se praticava a operação.

Uns suppunham que se extirpava o utero, outros que a castração não era mais que a circumsizão ou nymphotomia, outros eram porém de opinião que se extirpava os ovarios.

Operação de todos os tempos, aceita e proscripta em diversos periodos, não foi senão em uma epocha bem vizinha da nossa que a laparotomia foi alistada no quadro das operações ordinarias.

Consultando o diccionario de Blancard de Middelbourg publicado em 1702 vemos que desde essa epocha já era praticada, sem comtudo estender-se a sua indicação para as affecções que hoje a requerem.

Sendo nesse tempo considerada como operação gravissima dando as estatisticas uma mortalidade de 95|100.

Denominavam-na nesta epocha «Gastrotomia» palavra grega que quer dizer incizão do ventre e assim definiam «a abertura do abdomen e do uterus como na operação cezarianna».

Começou-se a usar da denominação de «laparotomia» no começo deste seculo, não no sentido que é hoje empregada mas sim para designar as operações que se praticavam na região lombar como a herniotomia, e o anus artificial.

Hoje sua significação é mais ampla e se applica para designar toda a operação na qual se fez a secção das paredes abdominaes.

A laparotomia teve na America do Norte o seu novo berço.

Foram sem contestação os ousados esforços dos cirurgiões

desse paiz que apegando as cinzas do descredito em que esta operação tinha cahido, deram-lhe nova aceitação no continente europêo, principalmente na Inglaterra onde a pratica da laparotomia ganhou terreno em pouco tempo.

Considerada outr'ora como operação gravissima e barbara e quasi que necessariamente mortal a laparotomia foi pouco e pouco conquistando o invejavel posto que hoje occupa na classe dos grandes commettimentos da cirurgia moderna.

Conquista brilhante, mais tarde apregoada por muitos d'aquelles que a haviam votada ao ostracismo.

Nas memoraveis discussões havidas em 1856 e 1857 na Academia de Medicina de França sobre o tratamento dos kystos do ovario, Velpeau, illustre professor, declarou que a laparotomia devia ser proscripta mesmo quando as curas annunciadas fossem reaes.

O. Sr. Moreau levou o seu espirito de opposição a tal extremo que a classificou entre as attribuições dos carrascos.

Contra os anathemas crueis que nessa epocha foram atirados á laparotomia, só a voz do illustre Caseaux se fez ouvir.

Nada conseguio em favor do credito da laparomia porquanto esta operação foi antes cegamente condemnada que seriamente discutida.

E assim não fôra, certamente o immortal Cruveilhier não teria dito que os successos obtidos na America e Inglaterra não justificavam a temeridade da empreza, proposição esta que encontra formal contestação nas paginas da historia da cirurgia, onde vemos constantemente a confirmação solemne do «audaces fortuna juvat, timidosque repellit».

A doente que se submette hoje a laparotomia não vai assistir em vida a propria autopsia, não vai sujeitar-se as graves consequencias de uma audaciosa temeridade cirurgica, na phrase de Scanzoni, porém sim procurar nos beneficos recursos da alta cirurgia allivio a seus padecimentos, outr'ora entregues a mercê das proprias forças do organismo, ou aos meios de uma medicina impotente.

Em face dos resultados favoraveis desta operação, attestados pela statisticas de Sp. Wells, Keith, Pean, Billroth, Koeberlé e tantos outros, os diversos tratamentos, puncções simples e outros empregados nos differentes casos de affecções abdominaes passaram a ter indicações mais restrictas e especiaes.

Os progressos da cirurgia, já em relação ao manual operatorio, já em relação as indicações e contra-indicações desta operação e a generalisação do systema antiseptico de Lister, firmaram de uma vez para sempre os creditos da laparotomia nos dominios da pratica.

E' hoje uma operação universalmente acceita. Já não é uma utopia, uma audaciosa temeridade, porém um facto consummado na pratica cirurgica.

Os erros de diagnostico, a má interpretação das indicações e contra-indicações, a deficiencia de meios curativos, a falta de observancia de um conjuncto de pequenos cuidados, etc., contribuiram sem duvida para o descredito da laparotomia nos primeiros tempos.

Hoje, porém que a pathologia cirurgica tanto tem progredido, já em relação ao estudo das indicações e contra-indicações das operações reclamadas pelas diversas affecções abdominaes, hoje que o temor exagerado dos traumatismos da

serosa peritoneal tem-se afastado do espirito dos cirurgiões, hoje finalmente que tão grandes melhoramentos têm sido introduzidos na pratica em referencia ao manual operatorio, aos meios de curativo, etc., a laparotomia representa com justa razão um dos mais bellos titulos de nossa epocha cirurgica, um dos mais relevantes beneficios prestados a humanidade, uma operação sobre cujos resultados a ninguem é dado duvidar.

Si é verdade que algumas questões importantes como o modo de tratar as adherencias, etc., ainda prendem a attenção dos praticos modernos, não é menos verdade que os cirurgiões de hoje de posse dos vastos conhecimentos facultados pela assombrosa evolução progressiva da cirurgia não dirão as doentes «ad impossibilia nemo tenetur» como diziam os cirurgiões do seculo XVIII.

Seria extremamente longo e diffil, senão mesmo impossivel traçarmos aqui a estatistica geral das laparotomias praticadas nestes ultimos tempos.

THESE

Introducção

Comprehende-se hoje por laparotomia, a abertura da cavidade abdominal por uma incizão sobre um ponto, e de uma extensão qualquer.

Trataremos unicamente da laparotomia completa—isto é—daquella em que a incizão abrange tambem o peritoneo, deixando de lado a incompleta—cuja incizão não vae além do tecido conjunctivo sub-peritoneal—muito menos usada.

Esta divisão das laparotomias em completas e incompletas é sugeita a discussões, e rigorosamente fallando não se deveria considerar esta ultima como sendo uma laparotomia, pois a abertura da cavidade abdominal não é facto realizado.

A classificação mais racional e geralmente usada é baseada no fim a que a laparotomia é destinada.

Assim, se constitue unicamente o primeiro tempo de uma intervenção intra-abdominal, é denominada «preliminar.»

Si é feita para esclarecer o cirurgião quanto á operabilidade ou diagnostico da lezão é denominada «exploradora».

Antes de decidir a operação da laparotomia é preciso examinar cada orgão em particular, e nunca desprezar um symptoma, por mais insignificante que nos pareça, sem estar bem certo que é occasionado pela affecção que requer a operação.

A este respeito Greig Smith refere dois casos de tumor abdominal em que notara hemorrhagia rectal, resultante da

compressão e desapparecimento apoz a ablação do tumor; n'um terceiro caso, havia hemorrhagia analoga, sem contudo operar—por motivos especiaes -continuando a hemorrhagia reconheceu a existencia de um cancer do recto—diagnostico este que não estava de accordo com o primitivamente formulado.

Até a descoberta do curativo de Lister a laparotomia era seguida de uma mortalidade tal que os cirurgiões, os mais habeis e audaciosos, depois de uma serie de insuccessos quasi que a abandonaram completamente.

Ultimamente esta operação recuperou o lugar de honra na cirurgia e o numero de successos augmenta todos os dias.

Uma das questões, das mais interessantes da cirurgia moderna é sem duvida aquella da laparotomia exploradora. Os adeptos desta intervenção cirurgica são no momento actual bastante numerosos para que se possa contar esta operação como do dominio de todo cirurgião habil e bem antiseptico.

Foram os cirurgiões Inglezes que no meiado de nosso seculo (1842) tiveram a feliz idéa de praticar a laparotomia, não com o fim de chegar por esta via a uma intervenção curativa previamente determinada, (pois muito antes já se fizera estudos a este respeito), mas, ao contrario com o fim de precizar o diagnostico nos casos onde os processos ordinarios de exploração não nos fornecessem dados sufficientes.

Assim, foi introduzida a laparotomia exploradora.

A principio considerada, em nome da clinica conscienciosa, em nome do respeito devido a vida dos doentes, de processo brutal e imprudente.

Nessa epocha, as adherencias eram consideradas como uma contra-indicação á ovariotomia.

Assim a laparotomia exploradora foi a principio utilizada para observar a presença ou ausencia desta complicação; logo porém estendeu-se a sua indicação a outros fins e hoje ella tende a se generalizar.

Foi em França onde encontrou mais opposição em se vulgarizar. Ha poucos annos um cirurgião que ariscasse uma incisão abdominal sem ter seu diagnostico firmado passava por temerario.

Assim consideram aquelles que abrem o ventre para depois fazerem o diagnostico.

A incizão exploradora assim comprehendida, não existe, jamais um cirurgião digno deste nome teve a ideia de substituir a abertura do abdomen e a observação directa das lezões ao estudo consciencioso e reflectido de seu doente, de fazer em uma palavra, a laparotomia antes de ter adquirido noções as mais certas que possa dar o exame clinico, e a convicção que uma incizão é necessaria para esclarecer o que fica obscuro e agir com pleno conhecimento de causa.

Respeita-se a vida dos doentes, mas este respeito não vae até deixal-os morrer.

O diagnostico em cirurgia abdominal é muitas vezes bem precario, apezar de todos os processos que dispomos.

O exame sob a acção do chloroformio, póde ser util em certos casos, particulares, mas induz muitas vezes a erros aquelles que tem a pretenção de analysar anatomicamente, dissecar lezões atravez das paredes ou dos fundos de sacco.

Comparemos a puncção exploradora com a laparotomia.

Tanto a puncção exploradora é util, isempta de perigos quando se trata de affecções extra-abdominaes, quanto póde tornar perigoso o seu emprego quando se trata de um tumor abdominal.

E' muitas vezes insufficiente, em particular em todos os casos em que não figura um tumor liquido ou um derramamento, pois a puncção exploradora tem contra si, de uma parte sua insufficiencia e de outra seus perigos.

O perigo principal é que o trocater ou a agulha caminha, ás cegas para attingir a lezão que se quer conhecer a natureza em parte podendo determinar queda do liquido do tumor na serosa peritoneal, e que si não é septico póde ser muitas vezes o ponto de partida de um processo irritante que acarretará a formação de adherencias.

Si este liquido contem elementos pathogenicos produzirá uma peritonite aguda.

Baseada sobre estas considerações, a utilidade da laparotomia exploradora é hoje universalmente reconhecida e os mestres da cirurgia abdominal sabem quantas sorprezas o emprego della póde lhes reservar.

Façamos nossos diagnosticos com cuidado e consciencia; mas saibamos que, muitas vezes seremos conhecedor unicamente da natureza da lezão, de sua gravidade, e da indicação urgente de uma intervenção. Já é muito, é a indicação cirurgica que se encontra assim firmada, sem pretenção a levar os nossos conhecimentos até os infimos detalles, entregues a adivinhação.

Isto dito, o que é uma laparotomia exploradora?

E' uma incizão do abdomen tendo por fim esclarecer o diagnostico em ultima analyse, quando todos os outros meios são esgotados, para chegar, tanto quanto possivel e na mesma occasião a uma operação curativa. Assim comprehendida é o primeiro tempo de uma intervenção mais completa, que é o fim provavel ou desejado do acto cirurgico. Si este fim

nos escapa, si a operação não póde ser feita, sómente a incizão nos poderia confirmar.

Poderia considerar debaixo de um certo ponto de vista toda laparotomia como exploradora. porque a maior parte das vezes, mesmo quando possuimos um diagnostico seguro, ella o completa ou o rectifica em algum ponto.

Ao lado destas laparotomias a principio exploradoras, é preciso considerar aquellas que permanecem exploradoras. Começa-se a operação com um diagnostico e um fim determinado, mas reconhece-se a impossibilidade de proseguir e suspende-se a marcha da operação sem completal-a.

Tratemos enfim da laparotomia exploradora verdadeira, ou propriamente dita, aquella que se processa por assim dizer sem saber onde se vai; sem ter noção da operação que se vai fazer.

O diagnostico é nullo ou muito vago, mas a gravidade de certos signaes impõe a intervenção como o melhor meio de se beneficiar o doente.

Aqui a exploração é preponderante, vae-se litteralmente a descoberto.

No fim de nosso trabalho citamos uma observação pessoal a este respeito.

Age-se algumas vezes sem diagnostico, na verdade mas com máos pressentimentos sobre a natureza do mal, julga-se não poder ir além de uma exploração, mas o fim a que se propõe é o de alliviar, o de attenuar certos symptomas, esvasiando-se a ascite, por exemplo, e sobretudo de adquirir a prova de que o mal é incuravel.

Esta prova não é indifferente, porque procurando-a muitas vezes uma surpreza agradavel, póde-nos conduzir a uma operação inesperada.

Um dos pontos mais interessantes é a acção benefica de certas laparotomias puramente exploradoras, que chamaremos «laparotomia exploradora curativa».

Na operação de figado movel praticada pelo Dr. Barão de Pedro Affonso, póde-se dizer que esse foi o resultado.

Accompanho a doente, e todos os symptomas que accusava desappareceram; a ponto de acreditar que achava-se radicalmente curada como lhe fazia crêr a familia.

Indicações e contra-indicações

Os resultados de uma operação dependem, até certo ponto, do criterio com que são attendidas as indicações e contra-indicações que a reclamam ou repellem.

Antes de ser emprehendida uma acção cirurgica qualquer, por mais insignificante que pareça, essa questão preliminar deverá ser attenciosamente meditada e resolvida com summa cautela.

E comprehende-se facilmente que tratando-se de uma operação de tão elevada cirurgia, como seja a laparotomia, os cuidados do cirurgião relativamente a esta questão devem ser extremamente escrupulosos, pois sendo a laparotomia ordinariamente reclamada por exemplo: tumores kysticos do ovario e constituindo o diagnostico differencial das diversas especies de tumores um dos pontos mais difficeis da pathologia cirurgica, julgamos intuitiva a necessidade de que tem o operador de apreciar com criteriosa precaução o conjunto das circumstancias que possam favorecer ou prejudicar os resultados da operação.

As indicações da laparotomia, em synthese podem ser, segundo a observação de praticos experimentados formuladas do seguinte modo:

1. O doente deve gozar de uma boa constituição.

2.º O estado geral deve ser satisfactorio.

3.º A laparotomia torna-se urgente quando a molestia ameaçar seriamente a vida do doente.

4.° O enfraquecimento do doente não deve ser consideravel e quando o for, o cirurgião procurará fortalecel-o, tanto quanto possivel, antes de praticar a operação.

5.° As epochas catameniaes comquanto não exerçam influencia notavel sobre os resultados da operação, devem comtudo ser evitadas, por isso que as congestões dos orgãos pelvianos nessas epochas dão um caracter mais grave ás hemorrhagias, principalmente se existirem adherencias pelvianas.

As circumstancias que contra-indicam a laparotomia resultam do estado geral do doente, das condiçcões locaes do orgam degenerado e de outras condicções especiaes.

Em these geral podemos dizer que toda affecção concomittante, mortal em um tempo mais ou menos proximo, e que possa exercer prejudicial influencia sobre a marcha da cura é contraria a operação.

Entre outras, aquellas que contra-indicam de um modo formal e absoluto a laparotomia são : as affecções cancerosas, syphiliticas, as molestias graves do coração, figado, systema nervoso, etc.

O defeito de plasticidade do sangue (hemophilia), o estado escorbutico, o catarrho pulmonar, a bronchite, etc., emquanto não são combatidos por meios adequados contra-indicam ainda a operação.

A laparotomia será temerariamente emprehendida quando o estado de anemia e enfraquecimento do doente for profundo, especialmente nos casos de extensas adherencias.

As adherencias por intimas e extensas que sejam não contra-indicam a operação.

Certos estados physiologicos, prenhez, estado puerperal, etc.,

tem sido apontados no numero das condições pouco favoraveis á pratica da laparotomia.

Sp. Wells, porém, não considera a prenhez como constituindo uma contra-indicação formal, por isso tem operado algumas doentes em taes circumstancias e as doentes se restabeleceram.

Comquanto esta pratica encontre justificação nos resultados obtidos por esse notavel laparotomista, comtudo a maioria dos cirurgiões não a acceita, salvo casos rarissimos e excepcionaes.

E' facto observado que a marcha dos kistos estaciona-se durante o periodo de gestação, tomando desenvolvimento rapido depois do parto.

Si porventura as diversas perturbações organicas ameaçarem gravemente a vida da doente, preferem alguns cirurgiões provocar o parto ou o aborto e praticarem depois a laparotomia.

Emquanto ao estado puerperal julgamos prudente evital-o, porquanto é sabido que este estado predispõe a suppuração principalmente das serosas.

Aqui terminamos este capitulo convicto das lacunas e deficiencias que o cercam, não obstante nossa boa vontade em evital-as.

Deficiencia e lacunas que esperamos serão relevadas, como uma consequencia natural da falta de pratica e dos poucos conhecimentos cirurgicos que possuimos.

Ficaremos satisfeitos se nos for possivel repetir as palavras de Baglivi :

«Si veritati consonat nostra sententia, gaudeo; sin minus, libenter corrigi me patiar.»

Operação

A laparotomia occupa inquestionavelmente um dos logares mais salientes, no quadro dos grandes commettimentos assignalados pela cirurgia moderna.

E' sem duvida alguma uma das mais bellas conquistas, que a historia da evolução progressiva dos acontecimentos cirurgicos tem registrado em suas brilhantes paginas.

Não é uma operação regularisada, e por isso as difficuldades que a cercam são numerosas e diversas.

O cirurgião que a emprehender deve ser destro e experimentado, sempre prevenido para luctar com surprezas oriundas do imprevisto e do desconhecido.

Aberta a cavidade peritoneal o laparatomista caminha sempre para um *mare magnum* de escabrosas eventualidades.

Apezar de não ser possivel estabelecer-se uma regra invariavel, um plano geral que methodise o comportamento do cirurgião nos differentes tempos da operação, contudo alguns processos tem sido apresentados na pratica por laparotomistas, os quaes tem sido igualmente modificados por outros operadores em relação ao *modus faciendi*.

Ao descrevermos os diversos tempos da operação daremos conta de alguns desses processos dando sempre o primeiro plano ao que nos parecer mais cosentaneo com a solução das difficuldades praticas e mais geralmente seguido.

Nas differentes phases da operação que nos occupa o cirurgião tem que attender.

1º ás disposições previas;

2º á anesthesia;

3º á incisão da parede abdominal;

4º as manobras intra-abdominaes;

5º ao toilette do peritoneo;

6º sutura;

7º curativo e cuidados consecutivos;

8º finalmente aos accidentes e complicações que podem influir sobre os resultados da operação.

Antes de nos occuparmos com o estudo destas differentes phases que a laparotomia nos offerece em sua execução, seja-nos licito transcrever as palavras do Sr. Caternault relativas ás difficuldades que o cirurgião encontra na pratica dessa importantissima operação:..... le chirurgien qui se dispose à la pratiquer, doit être sur le vive et se tenir prêt contre toutes les eventualités.

C'est ici surtout qu'il faut posséder des connaissances anatomiques étendues, um coup d'œil juste, une conception vive, une resolution ferme, un sang froid à toute épreuve; car au moment ou vous ouvrez le ventre vous marchez à l'inconnu et prenez-y garde, la mise-en-scène peut devenir des plus dramatiques, des plus effrayantes, même pour les personnes habitués au spectacle des operations les plus graves de la chirurgie, et n'oubliez pas que la moindre faute, une simple méprise peuvent tout compromettre et tout perdre.

Disposições previas

O doente, *caso* seja possivel, deve ser submettido a um tratamento tonico e reconstituinte antes da operação si por acaso o seu estado geral estiver enfraquecido e depauperado, já pelos progressos da molestia, já por certas perturbações organicas.

Restabelecer por conseguinte tanto quanto possivel as forças do doente, constitue um dos cuidados preliminares de summa importancia.

A evacuação intestinal, por meio de um purgativo (oleo de ricino) ou de um simples laxativo, caso não haja constipação, torna-se necessario dois ou tres dias antes da operação.

O aposento em que deve permanecer depois da operação deve reunir tanto quanto possivel as seguintes condições: ser elevado, bem arejado, espaçoso e claro.

Algumas horas antes da operação o doente não deve se alimentar.

O reservatorio urinario será completamente esvasiado momentos antes da acção cirurgica, afim de evitar accidentes que se possam dar, como ruptura da bexiga.

Fallemos um pouco da antisepsia e asepsia.

A asepsia tem por fim supprimir e evitar os microorganismos pathogenicos utilizando-se dos agentes physicos, principalmente do calor.

A antisepsia visa o mesmo fim porém emprega as subs-

tancias chimicas, cuja ennumeração seria por demais penosa, pois para bem dizer quasi todas as substancias chimicas irritantes possuem uma acção mais ou menos bactericida.

Todas as regras de asepsia e antisepsia geraes são applicaveis a cirurgia abdominal.

Como regra poderemos dizer que para as laparotomias é indicada a antisepsia na região exterior e a asepcia rigorosa para o interior do ventre.

Esta pratica encontra adeptos em quasi todos os cirurgiões baseando-se principalmente na acção irritante que os antisepticos poderiam ter sobre o epithelium da serosa, cujas consequencias no correr deste pequeno trabalho serão descriptas.

Em operação alguma praticada pelos cirurgiões deverá ser levada em tanta monta quanto nas laparotomias a questão tão debattida da limpeza das mãos, unhas, etc. emfim da asepsia do operador e de seus ajudantes; de cuja descripção me abstenho por encontrar-se já muito bem estabelecidas as regras em todos os compendios de gynecologia.

Os cuidados a ter com os doentes antes da operação consistem em raspar os pellos, fazer diversas lavagens com uma solução de sublimado á 1|1000 e cobrir o abdomen com gaze embebida em solução de sublimado, sendo esta gaze sómente retirada para dar-se começo á operação.

Nos paizes em que a temperatura do meio exterior soffre baixas bem pronunciadas recommendão os operadores fazer elevar a temperatura da sala em que se vai fazer a laparotomia a 25 ou 30 gráos centigrados, porém isto não deve absorver a attenção dos nossos cirurgiões pois o nosso clima assim o permitte.

Todos os instrumentos e objectos de curativo devem ser cuidadosamente limpos e collocados n'uma estufa de ar quente, mantendo-se a temperatura nesta estufa entre 120 a 140 gráos pelo espaço de uma hora.

Para a sterilização dos objectos de curativo, assim como lençóes e tudo que fizer parte da operação será preferivel o emprego dos autoclaves, onde a sterilização é feita por meio de vapôr sobre pressão.

O mais empregado é o autoclave de Chamberland.

A maioria dos cirurgiões modernos têm, em vista de varias infecções, posto de lado o emprego das esponjas, e para se utilizarem das compressas — esponjas feitas de gaze.

Quanto ao instrumental cirurgico e outros accessorios necessarios á operação deve ser o mais completo possivel.

Si em um caso simples os instrumentos são pouco numerosos; em outros, condições accidentaes apparecem que por sua vez reclamam instrumentos que considerados como desnecessarios tornam-se de extrema utilidade, em face das complicações que soem embaraçar a marcha da operação.

O cirurgião deve estar pois prevenido para luctar com todas as eventualidades e surprezas, uma vez que caminha sempre para o ignoto desde que tem aberto a cavidade abdominal.

Todos os autores que temos lido são accordes em firmar de um modo taxativo as difficuldades e muitas vezes a impossibilidade que os praticos mais experimentados encontram em estabelecer de ante-mão qual a natureza do tumor, quaes as adherencias, etc.

E' attendendo a estas difficuldades e aos accidentes di-

versos que podem surgir no correr da operação que o laparotomista deverá munir-se não só dos instrumentos que julgar strictamente necessarios como ainda daquelles que as circunstancias de occasião pódem exigir como imprescindiveis e urgentes.

O superfluo é muitas vezes necessario.

A respeito da meza de operações e da posição em que o operado deve ser collocado diz o Sr. Sp Wells:

« A maioria dos cirurgiões que operavam antes de mim collocavam o doente assentado sobre um dos bordos do leito, com as pernas largamente affastadas, os pés apoiados sobre tamboretes, a cabeça e o dorso sobre travesseiros. Operei assim meus tres primeiros casos; porém eram taes as difficuldades que esta posição incommoda offerecia, era por tal modo trabalhosa a execução das differentes phases da operação que fui obrigado, em minha quarta laparotomia a ensaiar o decubito horizontal, e desde então tenho dado preferencia a esta posição.»

Julgo que a posição de Trendelenburg, isto é, a posição dorso-sacra declive, offerece todas as vantagens e commodidades que o cirurgião possa exigir para praticar uma operação de tão elevada importancia como seja a laparotomia.

Nesta attitude os intestinos são impellidos para o diaphragma, desembaraçando desta maneira a bacia, tornando-a mais facil por conseguinte de ser explorada e mesmo facilitando a operação.

Anesthesia

Si bem que a anesthesia geral, seja a mais empregada, ou por outra a quasi que exclusivamente empregada, condições existem que obrigam o cirurgião a procurar meios que longe de preencherem todas as condições favoraveis de uma anesthesia geral tenham algumas vantagens e que estas sejam sufficientes para permittir ao operador entregar-se a um commettimento de tanta monta, qual seja a pratica da laparotomia.

Refiro-me a anesthesia local pela cocaina que segundo Wölfler applicada em injecção hypodermica, por meio de uma seringa de Pravaz, contendo uma solução a 5 por 100 obtem-se uma anesthesia que dura vinte a vinte e cinco minutos.

E não se diga que a zona anesthesiada é tão diminuta que não se possa operar, pois se estende sobre uma superficie de 2 a 3 centimetros, existindo além disso uma zona semi-anesthesiada cercando a primeira e que juntamente com ella prefazem uma superficie de 4 a 6 centimetros quadrados onde se póde operar durante 15 a 20 minutos sem dôr.

Alguns cirurgiões, como Schleich, Roux (de Lausanne) e Reclus já tem praticado algumas laparotomias sem recurso da anesthesia geral, applicando unicamente uma simples injecção de cocaina no derma e tecido cellular subcutaneo.

Largeau (de Niort) ainda foi mais arrojado, pois fez tres ovariotomias e uma hysterectomia abdominal sem anesthesia de especie alguma.

Comtudo nada disso alcança as vantagens assombrosas da anesthesia geral; mórmente quando se trata de uma operação sobre algum orgam abdominal.

Esta anesthesia produzindo a flacidez das paredes abdominaes e a ausencia de actos reflexos, sob a influencia da dôr, permitte consideravelmente melhor a exploração, obtendo assim o operador noções sufficientes sobre o estado dos respectivos orgãos.

Duas são as substancias empregadas para se obter esta anesthesia.

Uns adeptos fervorosos do chloroformio, não procuram reconhecer vantagens no emprego do ether em certos casos, outros enthusiastas do ether não procuram ver as desvantagens do seu emprego em muitas affecções, mórmente quando se trata de rins que não podem offerecer resistencia á acção irritante e mesmo destruidora do seu epithelium por esta substancia.

Creio, e commigo pensa Pozzi, que o emprego do chloroformio deve ser o preferido, pois esta substancia quando chimicamente pura não offerece os perigos que geralmente se lhe attribue.

Alguns empregam a anesthesia mixta, isto é, chloroformio e morphina; ou por outra, antes de começar a administração do chloroformio fazem uma injecção hypodermica de morphina, com o fim dizem elles de evitar o periodo de excitação, diminuir as nauseas, e de evitar o emprego consideravel de chloroformio que poderia ter por consequencia os perigos da intoxicação anesthesica.

Dastre e Moret muitos estudos tem feito a este respeito e mesmo este processo traz os seus nomes.

O modo de empregar o chloroformio que melhores resultados tem obtido é o da chloroformisação em doses fracas e continuas.

Quanto a technica a seguir e os accidentes que podem sobrevir a toda e qualquer chloroformisação não serão descriptos, pois para isso seria necessario muito tempo e é justamente o factor que em menos escala possuimos.

Limito-me unicamente a dizer que a anesthesia muito prolongada offerece grandes perigos, e que muitos casos que trazem a rubrica de shock, reconhecem como causa importantissima a influencia depressiva sobre os centros nervosos de uma anesthesia que tenha-se prolongado por mais de duas e mesmo tres horas.

Incizão

A incizão na laparotomia varia conforme a indicação da operação.

Dividiremos em incizão mediana e lateral.

Trataremos em primeiro logar da incizão mediana, pela sua maior importancia, quer no ponto de vista da gravidade, quer no ponto de vista das vantagens que apresenta ao operador.

A incizão é mediana quando é feita sobre a linha mediana da parede abdominal.

Esta linha é a que partindo do appendice xyphoide do sterno vai ao pubis.

Si bem que o cirurgião nunca deva se embaraçar pelo facto da extensão da incizão ; não deve estribado nas vantagens da antisepcia dar-lhe uma extensão desnecessaria.

G. Smith, diz ter notado (baseado nas statisticas) qne a mortalidade augmenta com o comprimento da incizão—si bem que elle não attribua este augmento exclusivamente ao comprimento acha que não é motivo para ser despresado.

A incizão deve ser a menor possivel—deixando porém o espaço necessario para que se possa manobrar sem contundir os bordos da ferida.

Ella póde ser de todos os tamanhos, variando desde 5 a 6 centimetros até todo o comprimento do abdomen, isto é, do sterno ao pubis.

Uma incizão de comprimento exagerado augmenta o traumatismo do peritoneo e da parede.

Os cirurgiões modernos se contentam em fazer a principio uma incizão de 10 a 12 centimetros sobre a linha mediana, a egual distancia do umbigo e do pubis, esta incizão sufficiente em grande numero de casos, permittirá ao cirurgião explorar quanto a natureza, volume do tumor, suas adherencias as partes vizinhas e si por acaso a operação projectada é julgada impossivel, o abdomen poderá ser fechado sem que o traumatismo da parede seja exagerado.

Mas póde acontecer que o volume do tumor ou as difficuldades que offerece sua extracção forcem o cirurgião a prolongar a incizão além dos limites primitivamente fixados. Neste ultimo caso deve-se tomar o cuidado, quando este prolongamento é ao nivel do umbigo, de se processal-o um pouco a esquerda e não sobre a cicatriz umbilical. Esta precaução é motivada não só pela existencia do ligamento triangular do figado que do umbigo se dirige para cima e a direita podendo encerrar uma veia umbilical não obliterada, mas principalmente pela delgacez dos tecidos da cicatriz umbilical, cedendo muito facilmente aos pontos de sutura durante os esforços de vomito.

G. Smith cita o facto de ter sahido intestinos pela ruptura destes tecidos depois de uma operação de hysterectomia, devido a esforços de vomitos logo apoz a operação.

Hegar e Kaltenbach em seu tratado de «Gynecologie operatoire» insistem egualmente na necessidade de contornar o umbigo a esquerda, quando o volume do tumor ou suas adherencias necessitem o prolongamento da incizão para cima.

Accrescentam entretanto que o cirurgião está auctorisado a fazer passar a incizão ao nivel da cicatriz quando existir ao mesmo tempo um tumor intra-abdominal e uma hernia um-

bilical.—Póde-se com effeito conseguir neste caso praticar a ablação do tumor, e a cura radical da hernia concomittante.

Boinet (1) colleccionou 3 casos deste genero, fazendo observar que por vezes as partes herniadas se reduziam facilmente, e que se podia as retirar do annel umbilical, impellindo-as no ventre com os dedos introduzidos pela incisão abdominal.

As camadas que temos a incisar na laparotomia mediana, são :

1.° a pelle.

2.° tecido cellular subcutaneo.

3.° a linha alva.

4.° o fascia transversal com a gordura sub-peritoneal.

5.° o peritoneo.

Technica—Sendo a pelle distendida ligeiramente pelo assistente que para isto colloca seu index ao nivel do umbigo puxando um pouco a pelle para cima—o cirurgião, armado de um bisturi—convexo—(ou outro qualquer—contanto que corte bem) faz uma incisão sobre a linha branca.

Do primeiro golpe inciza-se a pelle e mais ou menos o tecido cellular sub-cutaneo (2). Um ou dois golpes rapidos de bisturi dados em todo o comprimento põem a nu a linha branca.

Procura-se o intersticio dos musculos rectos—e para Pozzi a abertura de sua bainha constitue mais uma vantagem do que um inconveniente. (3)

---

(1) Bulletins do S. c. Paris 1868.

(2)—O golpe de bisturi deve de ser bem nitido, em linha recta, deve penetrar a mesma profundidade de uma extremidade á outra—e dividir toda a mesma camada em cada golpe.

(3) Pozzi—Traité de Gynecológie—1897—pg. 847.

No Congresso de Genova de 1896—de la Torre—considerando que «os melhores tecidos a incizar e a suturar para ter uma reunião por primeira intenção e uma cicatriz solida são os tecidos musculares, porque são ricos em tecido connectivo e em vasos preconisou, não a incizão systematica atravez do grande recto, como adoptou Fritsch, Edebohls e Abels, mas a sutura dos bordos dos rectos avivados. Para isso depois de feichar o peritoneo por uma primeira sutura de catgut, em lugar de suturar os labios aponevroticos da linha branca elle as excisa, cortando com thesoura o bordo interno dos rectos.

Incisada esta terceira camada cahimos sobre o fascia transversalis e a gordura sub-peritoneal—Incisa-se e se preciso for excisa-se estes pelotões gordurosos muitas vezes abundantes e chega-se sobre o peritoneo.

Nunca se abre esta serosa sem estar bem certo de que a hemostasia está bem feita.

Prende-se o peritoneo com uma pinça na parte superior e levanta-se um pouco esta serosa, uma segunda pinça é collocada sobre a dobra do peritoneo assim levantado e a serosa dividida entre as duas pinças em forma de botoeira.

O index é introduzido pela abertura assim feita e o peritoneo incisado sobre elle por meio de thesoura de preferencia a introduzir-se a sonda cannelada e incisar-se a custa de um golpe de bisturi.

«A sonda cannelada é um instrumento pouco seguro e inutil em cirurgia abdominal; entre as mãos da maior parte dos operadores habeis ella brilha por sua ausencia.» (1).

Um dos accidentes que póde sorprehender ao operador

(1) G. Smith.—Chirurgie abdominale.—1894.

neste tempo da operação, é o ferimento da bexiga, que vasia póde ser tomada por uma falsa membrana.

Pozzi cita um caso destes acontecido em sua clinica.» (1).

Deve-se portanto antes de seccionar o peritoneo levanta-lo e examinal-o cuidadosamente.

G. Smith aconselha para se evitar a bexiga não levar a incisão além de 5 centimetros do pubis. e tendo-se de augmental-a, que esse augmento se faça para cima.

Quando ha adherencia do peritoneo com a parede anterior do tumor, de tal fórma que não se possa fazer a distincção, prolonga-se a incisão para cima até chegar em um ponto onde a serosa estiver livre, para em seguida se proceder ao descolamento de cima para baixo—sendo isto preferivel a entrar immediatamente no kysto e de o descollar, operando-se tracções sobre sua face interna.

Póde-se esperar encontrar o peritoneo adherente quando apparece um esccamento sanguineo mais abundante que de ordinario logo depois da incisão das paredes—; quando as aponevroses intermusculares estiverem roseas.

Quando a gordura sub-peritoneal em lugar de ser amarella, pallida ou branca estiver rosea, vermelha ou injectada.

INCISÃO PARIETAL

Na incisão parietal a technica a seguir é quasi a mesma—notando-se que a camada muscular a incisar-se é mais espessa—a hemorragia é mais abundante e o campo de exploração é menor.

---

(1) Annal. des mal. des org. genito-urin.—1 de Maio de 1883.

Devido a esta ultima desvantagem, emprega-se sempre a incisão mediana quando não se tem certeza do ponto onde se assesta a lesão, como nos ferimentos por arma de fogo no abdomen—, etc.

Manobras intra-abdominaes

Aberta a cavidade abdominal urge operar a extracção do tumor, ou fazer outra qualquer operação, o mais depressa possivel.

O tempo que em outras operações entra como factor secundario, na laparotomia ao contrario é factor muito importante.

Diversos são os accidentes offerecidos pela abertura muito prolongada do abdomem—entre outros destaca-se a maior probabilidade de entrada de germens na cavidade peritoneal, a irritação do grande splanchnico, o intestino tambem póde soffrer etc.

Forgue assim se exprime:

« A egalité de lesions et de gravité operatoire, le succès sera toujours au laparatomiste expeditifs. » (1).

Uma questão muito importante é a que se refere ao intestino. Esta viscera mais que qualquer outra exige a attenção do operador, que deve sempre ter em vista durante as diversas manobras a effectuar para a retirada do tumor ou exploração da cavidade proteger e affastar os intestinos.

Heureuses come pronostic sont les laparotomies ou l'on a pas vu l'intestin.—Forgue.

Para isto applica-se compressas quentes no bordo da incisão afim de proteger seus labios de contusão ou de irritação

---

(1) Forgue Leçons, cliniques del hôpital st. Eloi.--1896.

mas principalmente para evitar a sahida dos intestinos para o exterior.

O operador por mais esforços que tenha feito para completa asepcia de suas mãos, nunca deve ter plena confiança nella, trabalhando sobre compressas e não directamente sobre o intestino ou contra a serosa.

As compressas ainda offerecem uma grande vantagem para o operador, é a de aproveitar o tempo tão necessario; ellas absorvem todo o sangue e liquido que vai se escapando da ferida.

Deve-se ter o cuidado de as substituir logo que estejam saturadas de liquido e as substituir por outras bem exprimidas.

Se existe tumor na cavidade abdominal, procura-se saber de que natureza é elle, sua especie, espessura, solidez, friabilidade da parede, natureza do conteudo, se é fluido ou viscoso, si é constituido por muitos kystos ou unico; a presença ou ausencia de adherencias ou de traços inflammatorios.

A maior difficuldade que se encontra na retirada dos tumores abdominaes provem das adherencias.

Quanto ás adherencias ellas offerecem maior ou menor importancia segundo o orgão com o qual se acham em contiguidade; assim as adherencias intestinaes são muito mais perigosas do que as epiploicas, relativamente mais faceis a tratar.

Muitas vezes as paredes do kysto envolvem orgãos delicados, como sejam: uma alça intestinal, um grosso vaso do abdomen, um uretere, etc.

Os tumores inclusos no ligamento largo podem reclamar uma dissecção prolongada, por ter o operador toda a attenção em libertal-o do utero e da bexiga.

G. Smith aconselha qualquer que seja a natureza do kysto do ovario, de nunca se começar a romper as adherencias antes de esvasiar o kysto, afim de se evitar rompendo as suas paredes escapar o conteudo na cavidade abdominal e infeccional-a.

Pozzi rompe primeiramente as adherencias frageis, introduzindo a mão direita na ferida abdominal ao nivel da superficie do tumor e manobrando com seu bordo cubital, descolla-as á direita e á esquerda, levando este descollamento o mais baixo possivel, abstendo entretanto de romper aquellas que offerecem muita resistencia para leval-as a effeito depois de esvasiado o kysto.

Faz-se este esvasiamento o mais completo possivel; uns por meio de bisturi, outros utilisando de trocarter.

A abertura por meio de bisturi, muito usada pelos cirurgiões allemães tem o grave inconveniente de quando o jacto não tiver mais força, espalhar-se pelos bordos da abertura, o que não se dá com os trocaters.

Em seguida ao esvasiamento fecha-se a abertura do kysto por meio de uma pinça em T como usam os francezes, ou com a pinça de Nelaton, e começa-se a separação das adherencias.

Para algumas sómente as compressas bastam, deixando-as no logar afim de irem absorvendo o sangue dos pequenos vasos dilacerados.

Nas adherencias mais importantes applicam-se pinças nos lugares que sangram, descollando-as com compressas.

Quando as adherencias são fibrosas, espessas, incisa-se-as entre duas ligaduras.

Geralmente fallando: as adherencias que se póde destacar pelo processo das compressas se encontram ao nivel das

paredes abdominaes ou do figado, aquellas para as quaes as tracções digitaes tornam-se necessarias são quasi sempre epiploicas, e a incisão entre duas ligaduras quando se trata de adherencias intestinaes ao tumor.

A união com o utero e a bexiga quando existe é de ordinario intima e solida e para se os libertar é necessario muito cuidado e pericia.

Deve-se encarar estas regras como geraes, apresentando cada tumor particularidades taes que sómente a experiencia do operador é que poderá muitas vezes dictar o melhor meio de solver estas difficuldades.

Uma questão muito interessante é a das compressas utilisadas.

Segundo estudos ultimamente feitos, tende-se a acreditar que a maioria dos casos de occlusão intestinal e paresia notados depois das laparotomias era devida ao uso de compressas seccas ascepticas.

Neste sentido Walthard, Schiffer e Saengel escreveram diversos artigos, terminando este ultimo por aconselhar o uso de compressas embebidas na solução physiologica de Tavel, assim composta :

Clorureto de sodio............	7 grms. 50
Carbonato de soda............	2 grms. 50
Agua esterelizada............	1 litro.

Elevado á temperatura de 38° centigrados.

O uso das compressas humidas evitando a descamação epithelial da serosa, concorria para não se manifestar a occlusão e a paresia cuja causa assim elles procuravam explicar.

A vantagem da asepcia sobre a antisepcia intra-abdominal, não deve encontrar hoje mais contradicções.

Todo liquido antiseptico é mais ou menos irritante.

Os traumatismos quer mecanicos, quer chimicos que actuem sobre o endothelium da serosa, favorecem a infecção peritoneal.

As experiencias de Watherhouse, Paulowsky, Grawitz, Tavel e Lauz,Rinne e Welch demonstraram que introduzindo-se microbios mesmo pathogenicos, em suspensão n'um liquido não irritante, n'um peritoneo são, póde graças ao poder de phagocytose da serosa e a limitação do processus pelas adherencias não dar nascimento á peritonites.

Grawitz e Palowsky introduziram microbios em suspensão n'um liquido irritante e viram manifestar-se a infecção. D'ahi, a utilidade da protecção da serosa parietal ou visceral por compressas humidas asepticas.

A hemostasia apresenta grande interesse nas laparotomias, e para ella deve convergir uma grande quota de attenção do operador, ora applicando compressas, ora ligando o vaso, ora o retalho, e se é uma hemorrhagia em lençol faz-se um tamponnamento «a Mikulicz».

As hemorrhagias ás vezes se manifestam depois da sutura das paredes abdominaes e quasi sempre tem por causa a ligadura mal feita dos pediculos dos tumores.

Estas hemorrhagias secundarias são quasi sepre mortaes, a menos que o operador as surprehenda a tempo.

Toilete do peritoneo

A toilete do peritoneo é um complemento de toda a laparotomia: tem por fim regularizar as superficies avivadas no correr da operação e retirar todas as particulas que possam ahi existir, como sejam coagulos de sangue, fragmentos de tecidos seccionados, etc. e que impeçam o curso regular da cicatrisação.

A regularisação das superficies avivadas durante a operação é de uma grande importancia: secciona-se os retalhos provenientes das adherencias e por meio de compressas—esponjas retira-se todo o sangue e liquidos derramados no interior da cavidade—Dirige-se esta manobra mais precisamente no fundo de sacco de Douglas, ponto onde geralmente estes liquidos se accumulam.

Faz-se com compressas uma limpeza rapida dos pontos declives onde o sangue e liquidos estão colleccionados.

A retirada de todos os coagulos, depois de bem assegurada a hemostasia completa apresenta grande importancia—haja vista a seguinte experiencia de Waterhouse: «Este observador inocula o staphylococcus dourado em suspensão na agua distilada sem infeccionar a serosa; ajunta sangue e o animal morre de peritonite». Tendo estes germens pathogenicos necessidade de um meio de cultura, este lhe é fornecido com grandes vantagens pelo serum sanguineo. Ora muitas vezes acontece se deixar uma pequena quantidade de sangue, devido, a imperfeições de ligaduras—erro por tanto de technica;

ou a hemorrhagia em lençol proveniente da ruptura das adherencias.

O cirurgião procurará fazer com que a serosa fique secca.

A laparotomia, praticada para kystos pouco volumosos, mas desprovidos de toda a adherencia, tornou-se graças aos progressos da anti-sepsia uma operação pouco perigosa. Si todos os casos se apresentassem em condicções tão favoraveis, os resultados operatorios seriam maravilhosos e muito raramente insuccessos figurariam nas estatisticas.

Apenas se contaria um ou dois casos por centena de operados. Infelizmente a mortalidade é muito mais elevada e certos kystos, seja por suas adherencias ás visceras abdominaes, seja por seu conteúdo muito espesso, não pódem ser retirados sem acarretar lezões muito consideraveis, pondo muitas vezes a vida dos operados em perigo.

Foi para estes casos que cirurgiões como Keith e Lawson Tait, para desembaraçar o peritoneo dos coagulos sanguineos ou do conteúdo dos kystos rompidos no curso da operação, tiveram a feliz ideia de fazer a lavagem da serosa com agua fervida e filtrada.

Esta pratica dos cirurgiões inglezes acarretou tão bons resultados que encontraram um grande numero de adeptos entre elles Terillon, Reclus, Peyrot, Jalaguier, Delbet, etc.

A lavagem do peritoneo só é aconselhada em certas laparotomias difficeis tendo necessitado a dilaceração de numerosas adherencias vasculares, produzindo portanto um escoamento hemorrhagico inevitavel, apezar do emprego de pinças hemostasicas, tampões etc.

No fim da operação os coagulos são formados em diffe-

rentes pontos da cavidade abdominal, principalmente entre as alças intestinaes, dobras do mesenterio, nas fossas iliacas, no fundo de sacco recto-vaginal, vesico-uterino. Nestes casos o meio o mais rapido, o mais inoffensivo, e o mais seguro para se proceder a toilete do peritoneo é a pratica da lavagem.

Este methodo ainda offerece grandes serviços quando o conteúdo do kysto derrama-se no peritoneo.

Em resumo, em todo tumor volumoso do abdomen, tendo necessitado uma grande incisão abdominal e a dilaceração de numerosas adherencias vasculares, a lavagem do peritoneo será o unico meio de se retirar todos os coagulos do abdomen.

Dr. Pierre Delbet executou uma serie de experiencias no laboratorio de physiologia de Sorbonne tirando as seguintes conclusões a respeito da lavagem do peritoneo.

O doente estando em decubito horizontal sobre a mesa de operação, o liquido introduzido no fundo de sacco de Douglas se espalha até a face inferior do figado e do diaphragma. Esta posição póde offerecer vantagens quando se tratar de uma peritonite generalisada ou de uma perfuração intestinal, ou de uma ruptura da bolsa purulenta de maneira a acarretar pús, materias fecaes, etc., a diversas partes da cavidade peritoneal.

Quando a zona infeccionada fôr limitada, é preferivel uma posição, em que o tronco esteja levantado, mantendo-se os intestinos suspensos por meio de compressas afim de isolal-o do ponto infeccionado e das particulas que pela lavagem poderiam contaminal-o.

As indicações da lavagem do peritoneo são muitas.

«Un temps viendra, disait M. Sims em 1881, où l'on traitera les plaies de l'abdomen et la perforation des intestins, par la

laparotomie, le lavage et le drainage de la cavité peritonéale.

On parviendra ainsi a donner issue aux liquides purulents dont la resorption produit l'empoisonement du sang». (1)

A prophecia de Sims se realizou. As affecções do peritoneo são hoje tractadas pela laparotomia.

Não se deve praticar a lavagem em todas as laparatomias; sómente n'aquellas em que se notar os factos acima mencionados, porque do contrario o operador incorre em grande falta, pois augmenta o tempo da operação, tão precioso, sem vantagem alguma para seu successo.

Apoz ser reconhecida a necessidade de se fazer a lavagem do peritoneo, resta encontrar um liquido desprovido de toda acção irritante e sobretudo de todo germen noscivo. Basta lançar a vista sobre os liquidos que fazem parte da cirurgia listeriana para se ver que os mais antisepticos são os mais irritantes.

Muitos d'entre elles, como o acido phenico e o sublimado corrosivo, mesmo empregados em soluções muito fracas, pódem provocar accidentes devido a propriedade absorvente do peritoneo.

Além disso, si para evitar de uma maneira certa os phenomenos de envenenamento é preciso empregar-se os medicamentos precedentes n'uma dose excessivamente fraca, supprimimos suas propriedades antisepticas.

Encontramo-nos, pois, neste dilemma ou empregar a solução destes medicamentos em doses irritantes para o peritoneo ou susceptiveis de expor a phenomenos de intoxicação; ou as empregar em solução tão fraca não possuindo portanto propriedade antiseptica.

(1) Spencer Wells. Diagnostic chirurgical des tumeurs abdominales p. 385.

Quanto á primeira hypothese nós já conhecemos quaes os effeitos e resultados da introducção de liquidos irritantes sobre a serosa, portanto acha-se excluida; quanto á segund a nenhuma vantagem offerece.

Estas considerações levaram os cirurgiões inglezes a abandonar definitivamente o uso dos antisepticos em favor de uma asepcia regular.

«Je n'ai jamais vu l'acide phenique tuer un malade avec le mode d'emploi actuel mais je l'ai vu produire des symptomes très serieux e c'est pour cela que j'ai laissé complétement de côté la practique de M. Lister dans la chirurgie abdominale, sauf dans le cas où ceux qui en sont responsables de concert avec moi désirent qu'on s'en serve. Le seul détail, que j'ai gardé est la practique de placer mes instruments dans un moyen facile e efficace de les maintenir propres. Le docteur Keith est arrivé tout recemment à des conclusions à peu près semblables, il a abandonné de Listerisme dans la chirurgie abdominale et il nous a dit au récent congrès internacional de Londres, que le Listerisme ajouterait 2 ou 3 0[0 á la mortalité de l'ovariotomie.

Je suis certain qu'il a raison.» (1)

As considerações precedentes fizeram com que se abandonasse as soluções antisepticas e a escolha recahisse sobre a agua filtrada e fervida muitas vezes, ou melhor ainda elevada á temperatura de 120° n'um autoclave.

Emprega-se tambem em vez da agua pura, a solução de chlorureto de sodio a 7[000 n'agua previamente filtrada e fervida.

---

(1) Lawson Tait. Traité des maladies des ovaires, pag. 361.

A temperatura da agua para as lavagens deve ser de 38º a 40º.

Esta solução offerece além das vantagens inherentes da lavagem o effeito do serum artificial.

Delbet assegura que é possivel lavar o peritoneo com substancias toxicas, com o sublimado a 1|3000 ou 1|2000 sem perigo de envenenamento; basta fazer preceder e seguir a lavagem toxica de uma lavagem de 10 minutos com a solução salina. Graças a primeira, a absorpção peritoneal é suspensa; graças a ultima, a serosa é desembaraçada do excedente toxico.

Entrando porêm o tempo como factor importantissimo, e exigindo esta ultima este factor em maior quantidade é este processo muito raramente seguido.

A quantidade de agua necessaria para a lavagem é muito variavel, segundo os casos.

Tomemos por exemplo o de um kysto volumoso apresentando adherencias multiplas.

A operação foi longa e difficil, apezar do uso de numerosas pinças hemostasicas de Pean e em T, apezar de todos os cuidados, toda a habilidade do operador e de seu ajudante, um derramem hemorrhagico se produziu. Nestes casos é preciso practicar a lavagem.

O apparello de que se serve M. Terillon, preenche bem o seu fim. «Se compõe de um vaso de vidro de capacidade para dous litros, ao qual é adaptado um tubo de borracha de $1^m,50$ de comprimento. A extremidade livre do tubo é munida de uma cannula de vidro, que serve para dirigir a corrente em todas as anfractuosidades da cavidade abdominal.

O reservatorio, estando cheio de agua filtrada e fervida,

basta eleval-o para se obter uma pressão, que é susceptivel de ser augmentada ou diminuida de intensidade.

Introduz-se a cannula no fundo da bacia e processa a lavagem, vindo a corrente de traz para diante é natural que os coagulos sejam tambem acarretados e assim expellidos para fóra da cavidade abdominal.

A corrente é successivamente dirigida sobre as alças intestinaes e sobre todos os pontos onde suspeite-se existir materias estranhas.

E' preciso continuar a lavagem até que o liquido saia limpido ou muito ligeiramente colorido.

E' necessario, terminada a lavagem, explorar com esponjas montadas as fossas illiacas, muitas vezes ahi se formam coagulos que poderiam escapar a uma lavagem superficial.

Si a esponja introduzida com delicadeza nestas regiões sahe absolutamente limpa, póde-se considerar bem feita a lavagem.

Uma outra precaução que M. Terillon aconsella em certos casos, consiste em levantar ligeiramente o tronco do operado, afim de que o liquido accumulado nas fossas iliacas, entre as alças intestinaes, dobras do mesenterio, etc., se escoe mais facilmente no fundo do sacco retro-uterino, donde é mais facilmente retirado por meio de esponjas montadas.

Depois de bem certo da retirada de todos os coagulos de sangue da cavidade pelviana, fossas illiacas, região lombar, etc., póde-se suturar a ferida abdominal.

Uma boa precaução consiste em deixar uma esponja, adiante do epiploon e dos intestinos afim de impedir que novos coagulos provenientes do sangue que possa provir da passagem dos fios de prata, vá-se formar na pequena bacia.

A lavagem do peritoneo offerece além da practica de uma toilette completa a de descobrir-se superficies sangrentas que sem ella poderiam passar desapercebidas.

Suturas

Nossa intenção ao escrever este artigo era de estudar e de comparar os diversos modos de suturar empregados pelos cirurgiões modernos para fechar a ferida abdominal depois das laparotomias, mas sendo o tempo muito escasso limitaremos a nossa descripção a sutura abdominal typo, isto é, a que se pratica, por exemplo depois da extirpação total de um kysto do ovario.

A sutura varia conforme as operações assim por exemplo depois da hysterectomia com pediculo extra-peritoneal, nas curas radicaes de hernias, etc. mas o estudo destas merece por si só capitulo especial, e o tempo nos falta para este desideratum.

Os cirurgiões modernos só praticam as suturas continuas, e a pontos separados e algumas vezes a encavilhada.

Antes que as operações abdominaes entrassem no dominio da cirurgia, tinha-se raramente, occasião de praticar suturas sobre as paredes abdominaes, salvo nos casos de ferida penetrante nesta região.

Nestas circumstancias limitava-se geralmente o operador a fazer uma sutura qualquer, e as vezes mesmo deixava de suturar—Ferrand cita a seguinte observação—C. 66 annos, recebeu um golpe de foice no ventre. Cura em um mez com cataplasmas.

Eis ahi a cirurgia abdominal de outr'ora O estudo sobre a melhor maneira de se sutura as paredes abdominaes data com as primeiras tentativas de se practicar a oramiotomia.

Surgiu desde o começo uma grande discussão sahe a sutura do peritineo, preconisando seus como Kœberlé, Ælhsausen, como sendo inutil e até mesmo perigosa, outros a aconselhavam como Spencer Wells.

Kœberlé temia vêr pus e sangue penetrar na cavidade abdominal pela picada do peritoneo.

Clay attribue a este processo o grande numero de insuccessos.

Spencer Wells illustre operador Inglez affirmava a vantagem de ser incluido na sutura o folliculo seroso, tendo observado que os dois labios da serosa adherem rapidamente e solidamente entre si. Observou n'uma autopsia de uma mulher morta 24 horas depois de uma ovariotomia, que os dois bordos do peritoneo estavam já bastante adherentes para oppôr uma barreira á penetração do pus no abdomen. Attribuia tambem a este processo a vantagem de empedir adherencias do epiploon ou do intestino á parede.

Spencer fazia preparar um certo numero de fios de seda, de 45 centimetros de comprimento e montados em cada extremidade com uma agulha forte e estreita—Introduzia cada agulha de dentro para fóra atravez do peritoneo e da pelle. O cirurgião mantinha entre os dedos o peritoneo e a pelle, de sorte que a sutura não podesse atravessar os musculos rectos, oque muito preoccupava a Spencer Wells.

Kœberlé comprehendeu melhor a necessidade de reunir os planos fibrosos. (1) Era de opinião que bastava affrontar os bordos do peritoneo sem precisar sutural-os.

Diz que o seu processo offerecia maior segurança que o de Wells, não só porque prevenia mais as inflammações, como tambem o de Wells tinha o grande inconveniente de interpôr o peritoneo entre os tecidos fibrosos, cuja justa—po-

---

(1) Artigo ovariotomia do Diccionario de medicina e cirurgia pratica.

sição tornava-se impossivel, predispondo desta maneira á hernia ventral.

Esta ultima vantagem é veridica, notando Oeslhausen este inconveniente, procurou evital-o picando a pelle 8 millimetros para fóra, passando a agulha obliquamente de modo a fazer apparecer acima do peritoneo, no bordo inferior da incizão.

Kœberlé, depois de ter empregado a sutura profunda encavilhada fez a partir de 1874 a sutura a pontos separados, comprehendendo sómente o plano fibroso. Para a pelle empregava uma sutura especial, fitas mantidas por collodion deixando passar as extremidades dos fios profundos.

Deixava estes ultimos no logar até que tendo cortado os tecidos cahissem por si só. Comprehende-se facilmente os inconvenientes deste processo, que deixava pontos em suppuração durante 12 ou 15 dias, sobretudo se os bordos do peritoneo não se acham acollados.

Bœckel Jules, cirurgião de Strasbourg, imaginou, devido a propriedade que tem o catgut de ser absorvido, fazer uma sutura profunda com catgut o que lhe permettia feichar completamente a ferida.

A sutura em planos das paredes abdominaes, foi posta em margem até que 1888 voltou a scena brilhantemente defendida por Pozzi, que apresentou ao Congresso francez de cirurgia uma serie de observações todas com resultado satisfactorio.

Duplay, Trelat e outros continuam a applicar a sutura das paredes abdominaes n'um só plano, auferindo tambem successos com esta maneira de suturar.

Para se poder qualificar uma cicatriz de bôa é preciso que seja obtida em pouco tempo seja indolente e solida, isto é, que resista á pressão intra-abdominal, não deixando se distender, porque do contrario se nota em pouco tempo a eventração.

E preciso pois, que a cicatrização se faça rapidamente e perfeitamente, sendo as mais solidas as obtidas em menor tempo.

A hemostasia deve ser perfeita, porque o sangue afasta os labios da ferida e retarda a sua coalescencia, é sobretudo um

excellente terreno de cultura, onde pullulam microbios introduzidos na ferida durante a operação.

As superficies seccionadas serão desembaraçadas pela lavagem dos fragmentos organicos que as recobrem, e regularizadas por meio de thezoura, praticando-se em seguida a juxta posição exacta dos labios da ferida. Tanto quanto possivel os tecidos da mesma natureza se corresponderão e acollar-se-ha musculo contra musculo, pelle contra pelle, tecido cellular contra tecido cellular,

Para unir os bordos da ferida póde-se segundo as circumstancias, ou segundo as preferencias empregar a sutura em um só plano ou a sutura em planos superpostos.

Se si quizer tomar em totalidade as paredes abdominaes, póde-se empregar a sutura encavilhada ou em pontos separados.

Se si quizer unir separadamente cada um destes planos, tem-se a escolha entre a sutura continua e em pontos separados—Podendo-se ainda empregar neste ultimo caso um methodo mixto: praticar por exemplo a sutura continua nos planos profundos e a sutura a pontos separados no plano superficial.

TECHNICA

SUTURA ENCAVILHADA

A menos usada, encontrando porém indicação nos casos de extracção de grandes tumores abdominaes adherentes ao peritoneo se produzindo depois de sua ablação uma grande superficie sangrenta, formada pela face profunda das paredes do ventre mais ou menos desprovidas de seu peritoneo, pela ruptura das adherencias.

Faz-se passar entre os dois labios, não um fio simples, mas um duplo fio, de maneira que de um lado da ferida fique as duas extremidades e do outro lado a alça.

Colloca-se tantos fios quantos forem necessarios, sempre do mesmo modo, isto é, todas as extremidades de um lado e as alças do outro.

Para fixar a sutura colloca-se um rolo de gaze iodoformada nas alças e aperta-se e depois faz-se o nó não na pelle mas sobre um segundo rolo de gaze collocado do outro lado da ferida.

Os rolos de gaze exercem uma compressão efficaz sobre as superficies sangrentas, impedindo a hemorrhagia ou o corrimento seroso eliminando uma das causas da infecção precoce. Um dos inconvenientes desta sutura é de poder o peritoneo se interpor entre os planos fibrosos impedindo assim a sua reunião.

Quando a cicatrisação é normal os pontos de sutura pódem ser retirados no fim de 5 a 6 dias.

SUTURA A PONTOS SEPARADOS

Depois de regularisada a coaptação dos bordos da ferida e affrontada toda sua superficie de maneira a impedir o accumulo de liquidos que poderiam tornar rapidamente septicos dá-se começo a sutura.

Hegar aconselha para as suturas profundas, fazer caminhar o fio, sob toda a espessura da superficie avivada, justamente para evitar este accumulo de liquido nos espaços abertos.

Pozzi aconselha um processo de sutura com o qual diz ter tido muito bom resultado.

Consiste em estabelecer tres planos successivos de sutura dispostos do modo seguinte:

1° Com fio de catgut unico, Pozzi sutura o peritoneo de baixo para cima; depois voltando sobre seus passos e sempre com o mesmo fio sutura os planos aponevroticos de cima para baixo, isto feito elle dá um nó nas duas extremidades do fio.

2° O segundo plano de sutura a pontos separados reune as massas musculares e é praticada com fios de seda.

3° O terceiro plano reune a ferida cutanea com fios de prata.

Este processo de sutura, oppondo uma triplice barreira a sahida das visceras, acarreta uma cicatrisação forte e impede a formação de hernias ou eventrações consecutivas.

Os inconvenientes das suturas com fios perdidos são por demais conhecidos dos cirurgiões.

O doente restabelece-se de uma laparatomia, que correu sem o menor incidente, mezes depois queixa-se de um ou mais pontos doloridos ao nivel da incisão; a pelle collora-se, adelgaça-se, rompe-se para dar passagem a algumas gottas de pus, constituindo canaes fistulosos dentro dos quaes encontram-se fios de sutura.

A pratica tem demonstrado que estes accidentes são mais communs nas suturas musculares, devido aos attrictos produzidos pelas suas contracturas.

O Dr. Monteiro Vianna de S. Paulo procurou remediar tal inconveniente pelo seguinte processo:

Toma-se um fio de seda forte e depois de se ter atravessado o tecido muscular com uma agulha de Reverdin prende-se o fio (a) e puxa-se (b)

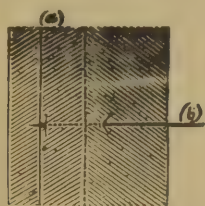



Fig. 1

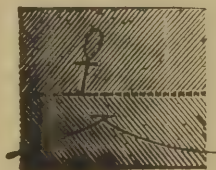



Fig. 2

para conseguir-se a fig. 3 introduz-se novamente a agulha como na fig. 1, mas antes de se prender a seda com a agulha esta deverá ter atravessado a alça A.

Fig. 3

Como geralmente a alça A fica maior do que se faz preciso deve-se, depois de tel-a atravessado com a agulha e antes

que esta tenha preso a seda deve-se puxar a extremidade o sufficiente afim de que a alça fique esticada entre o seu ponto de origem e a agulha.

Só então se deverá puxar a agulha e se conseguirá a fig. 4.

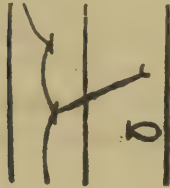



Fig. 4

Deste pormenor depende a firmeza do ponto.

Procedendo-se sempre do mesmo modo ter-se-ha

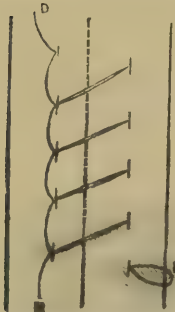



Fig. 5

Terminado o numero de pontos precisos o cirurgião prenderá a extremidade D por meio de um rolo de gaze no tegumento externo.

Quanto a M e N deverá cada um atravessar a pelle do seu lado para serem fixadas com gaze ou laçada.

Para retirar-se o fio nada mais simples, desfeita a laçada dada com M e N será bastante puxar-se M para com a maior facilidade se conseguir retirar toda a seda da costura.

A extremidade P deverá ser cortada.

Esta sutura, creio não poderá ser acceita, pois não admitto que seja tão facil a sua retirada como faz crer o autor.

Curativo e cuidados consecutivos

Deve-se collocar o doente depois de submettido a uma operação tão grave como seja a laparotomia n'um leito com todo o conforto possivel, sendo esta condição a primeira vista insignificante, porém depois de ligeira reflexão vê-se que grande influencia poderá ter na rapida cura.

Sobre a sua alimentação é impossivel traçar regras bem definidas.

De um modo geral, a gravidade do caso e o temor de um accidente serão nossos guias mais seguros.

Um caso de simples laparotomia exploradora sem outra intervenção reclamará depois de 24 horas poucas mudanças no regimen ordinario em plena saude, isto não quer dizer que não se deva evitar os alimentos cuja digestão um tanto difficil seja-lhes proporcionado.

Em operações que tenham interessado uma viscera mais ou menos lesada a dieta reveste-se de importancia capital.

Alguns operadores condemnam o uso do leite para os operados do ventre. Dizem que não sendo o leite digerido pelo estomago, vae aos intestinos debaixo da fórma de leite coalhado, acarretando desta maneira flatuosidades.

Póde-se evitar este inconveniente peptonisando-se o leite.

O caldo de carne é muito bom alimento.

Pouco e repetidas vezes, tal deve ser a regra da alimentação dos laparotomisados; mas nem muito pouco, nem muito a miudo, porque do contrario o estomago não teria repouso, mantendo-se n'um funccionamento constante, podendo acarretar ou uma irritação funccional ou um esgotamento completo.

Nos casos de certa gravidade é prudente não se dar aos doentes senão agua morna nas primeiras 24 ou 48 horas, começando-se então a alimentação como ficou dita.

Os nossos cirurgiões, assim como os cirurgiões francezes, durante o primeiro dia dão aos doentes unicamente pequenos pedaços de gelo, ou então champagne gelada.

Isto mesmo em pequena quantidade, com o fim de evitar os vomitos.

Seguem alguns operadores o preceito de sondar os doentes repetidas vezes; porém creio só se dever lançar mão destes meios, quando manifestarem necessidade de micção, e logo que possivel for, preencherem semelhante desideratum sem necessidade da sonda, deixal-os assim fazer.

Geralmente a secreção urinaria nas primeiras duas horas é pouco abundante.

Os laparotomisados accusam uma sensação de sêde muito penosa, sendo indicado evitar nelles toda e qualquer ingestão de liquido.

Hurmiston recommenda fazer-se os doentes beberem durante os tres dias que precedem a intervenção, meio litro de agua quente uma hora antes de cada refeição e na occasião de deitar; o ultimo meio litro deve ser ingerido tres horas antes da laparotomia; restitue-se assim ao organismo a perda em liquido soffrida pela purgação preparatoria; a operada poderia assim se abster de toda bebida durante 36 horas.

Greig Smith preconisa para acalmar a sêde fazer-se grandes lavagens com agua morna ou boricada.

Si os vomitos persistem durante o segundo e terceiro dia sem alteração do facies, sem enfraquecimento notavel, nem acceleração do pulso, e elevação da temperatura, isto é, sem symptomas que fação suppor algum accidente grave, póde-se fazer como preconisa Forgue a lavagem do estomago.

Si o operado logo apoz a operação cahir n'um estado syncopal, procurar-se-ha levantar-lhe as forças por meio de uma injecção subcutanea de ether.

Por vezes póde acontecer o operador ser sorprehendido como o foi Holmeier, n'uma operada de Schroder pelo sensação de angustia do doente logo apoz a operação, desfallecimento, calefrios, suores frios, face pallida, extremidades se

resfriam, trata-se neste caso de uma hemorrhagia interna, geralmente tendo por origem a ligadura do pediculo.

O operador n'um caso destes não deve hesitar e sem perda de tempo abrir novamente o ventre. Combattendo a anemia pelas injecções intra-venosas de serum artificial.

Accidentes e complicações

Além dos accidentes e complicações que podem sobrevir a toda e qualquer operação temos a notar: a formação de abcessos quer superficiaes, geralmente dependentes de uma antisepsia incompleta, ou de uma infecção secundaria que se notam ao nivel da sutura; ou profundos ao nivel do pediculo ou das suturas perdidas no ventre.

Quer n'um, quer n'outro a reabertura do abdomen e subsequente tratamento do fóco é indicado.

A parotidite é muita rara, si bem que já tenha sido notada por Matwef e Bumm que colleccionaram 17 casos; seu prognostico é serio por ser quasi sempre o indicio de uma septicemia.

Entre os accidentes excepcionaes temos o tétanos, a phlebite e a embolia.

A uremia, quando observada tem por causa a anesthesia e o traumatismo sobre rins já doentes.

Quando a laparotomia tem por fim uma operação sobre os orgãos genitaes das mulheres observa-se algumas vezes perturbações cerebraes da cathegoria de mania aguda ou da lypemania.

Dependentes porém não da laparotomia, que neste caso é uma operação preliminar, mas sim da operação sobre os orgãos genitaes.

Achando-se portanto fóra da nossa alçada que desde o principio procuramos conservar, evitando muitas vezes de nos imiscuir em assumptos bem interessantes, mas que obrigava-nos a invadir seara alheia.

Depois que a operação da laparotomia, graças aos progressos da cirurgia abdominal e do methodo anti-septico, é praticada de um modo mais frequente, os cirurgiões lançaram

suas vistas sobre os accidentes que podem sobrevir, com maior ou menor probabilidade depois desta operação.

Entre estes accidentes figuram as hernias, tendo séde em pontos variaveis da parede abdominal e affectando fórmas diversas.

A julgar pela raridade das observações publicadas, a producção das hernias consecutivas ás operações da laparotomia não parece ser cousa muito frequente. Talvez esta raridade seja apparente, tendo os cirurgiões perdido de vista os seus operados.

As hernias pódem ter por séde, não só a linha branca que é o caso mais habitual, por ser justamente o lugar de escolha para a incisão nas laparotomias, como tambem ao nivel da região umbilical, mas mais raramente; quando por qualquer circumstancia o cirurgião vê-se na necessidade de interessar na incisão a cicatriz umbilical.

Quanto ao volume das hernias varia segundo a resistencia maior ou menor que a parede abdominal offerece a sahida das visceras.

Pódem em certos casos affectar um volume consideravel.

Quaes as circumstancias que favorecem a producção das hernias consecutivas ás laparotomias?

Diversas são as causas, já nos referimos a algumas quando tratamos dos diversos tempos da operação.

Recapitulemos:

1.° Estado das paredes abdominaes antes da operação goza de grande influencia na producção ulterior de uma hernia.

Todas as causas que acarretam uma distensão mais ou menos accentuada e um adelgaçamento destas paredes intervem na pathogenia das hernias.

No meio destas causas é preciso citar a gravidez anteriormente, repetidas; a ascite e sobretudo a existencia de um tumor abdominal volumoso, tendo necessitado a operação da laparotomia.

2.° Incizão.

A situação e o comprimento da incizão que permitte ao cirurgião penetrar na cavidade abdominal, constituem dous

elementos importantes da questão da pathogenia que nos occupa actualmente.

E' regra geral incizar-se a parede abdominal ao nivel da linha branca. Este modo de proceder offerece a vantagem de incizar-se onde a parede abdominal apresenta menor espessura; mas por causa desta menor espessura da parede póde em certas circumstancias favorecer singularmente a producção de uma hernia ou de uma eventração.

Assim Tyler Smith propoz affastar a incizão de alguns millimetros á direita da linha branca, e Bühring, na ovariotomia praticava a incizão no flanco, mas a estatistica desastrosa deste cirurgião que registrou oito mortes para 9 operados de ovariotomia, fez com que nenhum outro cirurgião adoptasse o seu processo.

Quanto ao comprimento tem sido objecto de numerosas discussões; mas o que salta aos olhos de qualquer observador, é que quanto maior for a incizão mais longa e mais difficil torna-se a sua reunião favorecendo portanto a producção de uma hernia ou de uma eventração posterior.

3.° Pediculo.

A reducção ou a não reducção na cavidade abdominal do pediculo dos tumores ovarianos parece influenciar de certa maneira no apparecimento posterior de hernias. Com effeito a fixação do pediculo para fóra não póde se conciliar com a reunião por primeira intenção da ferida abdominal.

Segundo Terrier (1) a reunião immediata dá á cicatriz uma solidez toda especial; e em quasi todos os casos onde a ferida abdominal suppurou este cirurgião vio sobrevir uma eventração consecutiva.

Dr. John Homans (de Boston) que publicou uma estatistica em que accusava 384 laparotomias praticadas por affecções diversas, vio se produzir hernias ventraes em seus operados sómente nos casos em que applicava para o tratamento do pediculo o methodo extra-peritoneal.

---

(1) Sociedade Cirurgia Paris, 1887.

Os methodos extra-peritoneaes pódem acarretar um deslocamento, um repuxamento das visceras intra-abdominaes, circumstancias proprias a favorecer, sobretudo quando a cicatriz é pouco resistente, a sahida destas visceras para fóra. Este inconveniente é tanto mais observado quanto mais curto é o pediculo.

4.º Drenagem.

A drenagem póde ser tambem incriminada, porque, como a fixação do pediculo para fóra, se oppõe a occlusão immediata e completa da ferida abdominal.

5.º Sutura.

O modo de fechar a ferida abdominal parece gozar uma funcção muito importante na producção das hernias consecutivas ás laparotomias.

Do modo de fechar depende em grande parte a resistencia da cicatriz ulterior e portanto da formação de uma barreira sufficientemente forte afim de impedir a formação de hernias posteriores.

As suturas de planos superpostos são as que offerecem segundo Pozzi uma cicatriz bastante resistente para impedir a formação de uma hernia ou eventração consecutivas ás operações da laparotomia.

6.º Curativos.

A reunião immediata da ferida abdominal é a unica que póde dar a cicatriz uma resistencia sufficiente. Trelat (1) dizia: «rien au monde n'est aussi solide qu'une cicatrice resultant d'une reunion par premiére intention.»

O operador deve usar uma cinta especial depois de obtida a cicatrização, para evitar a producção ulterior de uma hernia ou de uma eventração.

E' evidente que esta falta de uso de cinta apropriada exercerá uma influencia mais perniciosa quando o individuo for obrigado por sua profissão, a se entregar a trabalhos que necessitem fazer esforços mais ou menos violentos.

---

(1) Sociedade de Pariz, 1887.

As hernias apresentam volumes, assim como o dissemos variavel segundo a extensão da cicatriz, ao nivel da qual a hernia se produziu, com o gráo de resistencia desta cicatriz, com os meios de contenção que foram oppostos a tendencia que as visceras tinham de se escapar para fóra.

Estas hernias tendem a augmentar sem cessar de volume, assim podem em certos casos affectar um volume considersvel e se apresentar sob a fórma de eventrações.

Boyer dividia as hernias ventraes em hernias com sacco e hernias sem sacco e ligava a esta ultima cathegoria as hernias consecutivas ás feridas penetrantes cicatrizadas da parede abdominal; porque, com a maior parte dos cirurgiões da epocha não admittia a possibilidade da reunião das feridas do peritoneo. Hoje esta reunião das feridas peritoneaes não é discutida.

Os symptomas das hernias da parede abdominal consecutivas ás operações da laparatomia se confundem com aquellas das hernias consideradas de um modo geral.

Sendo dado que as hernias consecutivas ás operações de laparotomia, pódem, como todas as outras hernias, ser a séde de complicações ou de accidentes, sendo dado além disso a rapidez com que attingem o volume consideravel si não são convenientemente contidas, seu prognostico não deixa de offerecer certa gravidade.

Peritonite

Uma das complicações mais communmente encontrada pelos operadores é a que se refere a inflammação do peritoneo, inflammação esta antigamente por assim dizer constante depois das intervenções sobre esta serosa e quasi sempre tendo por responsavel as mãos e os instrumentos empregados pelo operador ; hoje porém graças ao uso da antisepcia e asepcia, o seu apparecimento muito se restringio.

Não se póde attribuir unicamente a introducção de micro-organismos o apparecimento da peritonite post-operatoria. Deve-se incluir na sua etiologia a longa duração da operação, o traumatismo produzido pelas compressas esponjas e sobretudo pelo uso dos antisepticos acarretando estes differentes factores, segundo Jalaguier, a descamação epithelial e por conseguinte modificando a propriedade de absorpção da serosa, permitte a migração para fóra dos intestinos de germens contidos no seu interior vindo produzir a infecção peritoneal devida a esta exosmose microbiana.

E' de suppor que todas as peritonites traumaticas sejam de origem microbiana, si bem que hajam summidades medicas do calibre de Schröder, Bumm, Hartmann e Morax, que tenham demonstrado bacteriologicamente a existencia de peritonite aseptica.

Creio que esta demonstração é devida á escassez de meios bacteriologicos e que em breve tempo poder-se-ha filiar positivamente a uma origem infecciosa, isto é, microbianna todas as inflammações observadas no peritoneo.

A peritonite post-operatoria póde apparecer 24 horas apoz a operação, ou mais tarde 10 ou 15 dias depois tendo neste ultimo caso quasi sempre por causa a mortificação septica do pediculo ou a infecção proveniente do emprego de fios de

catgut que acho deveriam não ser mais empregados, devido á grande difficuldade em tornal-os completamente asepticos.

Os symptomas por meio dos quaes se manifestam as peritonites post-oparatorias nada tem de differentes dos da peritonite geral.

Um calefrio mais ou menos intenso quasi sempre abre o seu cortejo, seguido de dôr intensa a principio localisada e que se estende mais ou menos rapidamente a toda região abdominal.

Extremamente aguda, a ponto de se tornar intoleravel, se exaspera ao menor movimento e pressão, não supportando o doente muitas vezes nem a propria camisa.

Os doentes permanecem em decubitus dorsal, estando os joelhos flexionados e immoveis.

A face exprime o gráo de angustia porque passa o doente.

Os vomitos apparecem desde o principio, indicando muitas vezes o periodo inicial da molestia, se repetindo com grande frequencia

Nota-se algumas vezes nos intervallos dos vomitos um soluço forte, muito penoso, pois sacode o doente e desperta por conseguinte dôres violentas.

Os vomitos geralmente biliosos ás vezes tomam um aspecto fecaloide, sempre que haja obstaculos mechanicos ao curso das materias fecaes.

A constipação de ventre é mais commum que a diarrhéa, raras vezes observada.

O abaulamento do ventre póde ser enorme devido á grande distensão do abdomen graças ao accumulo de gazes nos intestinos paralysados.

As ourinas, quando não fazem falta, diminuem consideravelmente, sendo muito carregadas.

Póde haver retenção devido á paralysia das paredes vesicaes.

O pulso frequente e pequeno.

A febre se manifesta desde o começo a 39° ou 40°.

A lingua secca.

Quando este estado perdura algum tempo póde-se notar delirio ou coma.

Tal é brevemente descripta a physionomia da peritonite aguda post-operatoria, franca, podendo porém este quadro symptomatico soffrer algumas modificações segundo os casos e segundo a séde, pois póde a peritonite ser generalisada ou localisada.

Não entrarei em detalhes, nem em apreciações quanto a esta complicação, limitando-me unicamente em dar as principaes noções de seu tratamento, salientando as ventagens da lavagem intra-venosa do serum artificial.

Na maioria dos casos a reobertura do abdomen como querem alguns autores, é contra-indicada. Este modo de pensar encontra-se nas obras de Schroder, Pozzi, Hofmeier, Hegar e Kalbenbach.

As observações de Julien e de Chambers preconisam a reabertura da cavidade abdominal e elles assim se exprimem:

«á, travers une reouverture rapide de la paroi, on injecterait de grandes quantités d'eau salée boriquéeen tous les recoins, on detacherait les adhérences vers les pedicules ou la paroi pelvienne; on irait vite.»

Kœberlé cita o facto de ter salvo uma doente pela incizão abdominal e esvasiamento de uma collecção sero-sanguinolenta.

Mas estes casos são muitos raros e os successos das intervenções na septicemia peritonial aguda post-operatoria constituem uma fraca minoria.

Si se podesse intervir logo no começo, nos primeiros indicios, as probalidades de cura seriam muito maiores, mas infelizmente assim não sóe acontecer e deixa-se passar a hora propicia á reoperação quando o doente pouca resistencia poderá offerecer.

A denominação de septicemia peritoneal aguda post-operatoria se applica ao conjuncto de accidentes infecciosos agudos que vem complicar as intervenções abdominaes.

Em principio, a septicemia peritoneal post-operatoria é geralmente acceita; em facto, é quasi sempre negada.

Sua evolução é com effeito ordinariamente tão rapida que as lezões macroscopicas, bem palpaveis da peritonite faltam.

As grandes lezões sendo nullas não procura-se, não se vê as pequenas e declara-se que não existem.

Assim se explica a frequencia desta menção laconica com que começa a descripção de autopsias consecutivas a intervenções abdominaes infelizes não existe peritonite.

O operado tendo succumbido é preciso encontrar a causa da morte; invoca-se então o choque, palavra vaga e commoda que satisfaz a todos e justifica o operador.

O abalo nervoso causado pela intervenção é a origem de todos os accidentes e o doente é o unico responsavel de sua propria morte.

Hoje entretanto, o choque perde terreno, porque conhece-se melhor a infecção peritoneal.

Lawson Tait diz que a peritonite post-operatoria é de origem nervosa ?

Alguns autores continuam a attribuir ao choque como causa de morte, mas sem dar-lhe uma significação precisa, contentam-se em lhe attribuir todos os casos em que a causa de morte lhes é inexplicavel.

O unico sentido que se possa razoavelmente dar a palavra shock é o de abalo nervoso. Ora, depois de uma laparotomia, a morte póde sobrevir por abalo nervoso como se observa depois dos grandes traumatismos.

Quando o doente succumbe nas primeiras horas, o envenenamento chloroformico, a hemorrhagia, um ataque de uremia ou a asystolia nos predipostos permittem a maior parte das vezes explicar e comprehender o desenlace fatal,

Si a morte sobrevem no terceiro, ou quarto dia, me parece que não deve-se mais suppôr que seja de shock.

O operado com effeito bem despertado não apresenta a principio nenhum accidente; depois, rapidamente, no fim de 24, 36 horas ou mais apparecem phenomenos graves que terminam pela morte.

Ora, neste caso, como póde-se fazer intervir a ideia de shock operatorio analogo ao shock traumatico?

Um homem soffre uma commoção violenta e cahe immediatamente n'um estado de postração e de collapsus, do qual não sahe mais, diz-se com razão que houve schock.

Mas n'um operado que desperta, que vae bem durante 12, 24, 36 horas e que apresenta em seguida accidentes, cuja morte é o termo; onde está o shock ?

O reflexo para se produzir precisaria deste intervallo de tempo.

Na realidade, diz-se schock porque pela autopsia não denotou, ou não se soube encontrar a verdadeira causa de morte, a peritonite não é admittida porque não se encontrou nem pus nem falsas membranas.

Quando não devido á hemorrhagia, a uma complicação visceral, ou a outra qualquer causa rara, a terminação fatal resulta da infecção do organismo, infecção supra aguda que não deixa muitas vezes senão traços tão leves que facilmente passam desapercebidos.

Para que as lezões macroscopicas existam, é preciso que tenham tido tempo ou de se produzir e muitas vezes este tempo falta pela rapidez com que o doente é roubado deste mundo.

Para confirmação do que avanço leiam a observação seguinte :

«J. Cette malade est atteinte de fibromes uterins, dont un principal, du volume d'une tête de fœtus.

Troubles functionnels ligers : pas de metrorrhagie serieuse, pas de phénomènes de compression.

Etat général bon.

Le 1° Février 1894 — Hystérectomie abdominale. Le procédé employé est celui du pédicule intra-abdominale e semi-peritoneal.

L'operation a été longue et trés compliquée, par suite de l'existence d'un fibrome situé dans l'épaisseur du col et qui a fait lâcher la ligature á deux reprises différentes.

Il en est resulté une hemorrhagie et des manœuvres prolongées au cours desquelles des fautes d'antisepsie ont été commises.

Néanmoins l'opération a été parfaitement bien terminée. Mort en 36 heures.

Autopsie: Immédiatement après la mort, examen bacteriologique de la serosité péritoneale et du sang du cœur.

Pas de pus ni de sang dans la cavité abdominale. Les anses intestinales sont a peine vascularisées et distendues.

Dans le petit bassin se trouve un peu de sérosité louche,

Du côté du pedicule et dans l'épaisseur du ligament large droit à sa partie supero externe, on trouve une cuillerée et demie de sang coagulé.

Examen des viscères:

Coeur flasque et gras.

Poumons sains.

Rate diffluente, de volume normal.

Foie à sa surface, piqueté hemorrhagique et près du ligament suspenseur plaque hemorragique sous capsulaire offrant les dimensions d'une pièce de 5 francs.

Petites plaque jaunâtres sur toute l'étende du foie, peu marquée e indiquant sans doute une degenerescence graisseu-se au debut.

Reins, adherence de la capsule, volume normal.

Le ventre est rouvert cinq minutes après la mort.

La sérosité peritonéale renfermant le streptoco que et le staphylocoque et le sang du coeur contenait dejá le streptocoque.»

——

E' um bello exemplo de infecção supra-aguda que se possa citar.

Minha conclusão é que o shock não deve ser invocado senão quando o operado succumbir nas primeiras horas depois da operação.

A morte, exceptuando-se este caso é devido a uma septicemia peritoneal, cuja rapidez da evolução depende da virulencia dos germens pathogenicos e da resistencia do organismo.

Si a morte reconhece por causa a infecção ella poderá ser evitada, ella a deveria ser.

A demonstração da existencia da septicemia peritoneal post-operatoria vem dar alento ao cirurgião, pois em vez de ter que lutar com um reflexo desconhecido, tem diante de si um inimigo conhecido para o qual a sciencia já possue as armas necessarias para derrotal-o.

Occlusão intestinal

Estudaremos neste capitulo as occlusões post-operatorias, nos limitando rigorosamente aos casos dependentes directamente da intervenção cirurgica sem fallar das causas de obstrucção dependentes de uma affecção estranha a esta intervenção.

A occlusão intestinal depois da laparotomia foi assignalada pela primeira vez por Spencer Wells, em 1860; o caso deste autor ficou isolado, até que em 1866 Kœberlé e Muller relataram novas observações.

Mas estes differentes factos passaram desapercebidos até que Wolf Hirsh publicou em 1888 nos «Archivos de Gynecologia de Berlin» 14 observações.

A reclusão intestinal depois da laparotomia figura entre as complicações raras, Spencer Wells em sua estatistica, sobre 1.000 operações de ovariotomia assignala 11 casos de morte devido a esta causa; Sorreton sobre 175 ovariotomias cita 2; Lawson Tait diz nunca ter visto esta complicação.

Falla entretanto em dous casos, onde a morte sobreveio rapidamente depois da operação sem signal de peritonite, mas com abaullamento abdominal enorme, e ausencia completa de fezes e de gazes pelo anus. Attribue estes dous insuccessos a paralysia intestinal e não falla da possibilidade da obstrucção que se poderia talvez invocar.

Por mais raro que seja este accidente, o operador deve sempre ter presente ao espirito a possibilidade de uma occlusão intestinal.

Como diz Thornton : «C'est une complication beaucoup plus commune au temps des peritonites septiques qu'au jourd'hui, mais à laquelle nous devons, je le crois, être toujours exposés, quelle que soit la façon dont on traite le pedicule et les adhérences.

C'est toujours pour moi un sujet de surprise que nous ne la rencontrions pas plus souvent.»

As obstrucções intestinaes post-operatorias pódem ser immediatas, isto é, se produzir nas tres ou quatro primeiras semanas que seguem á operação, antes da completa cura operatoria; e pódem ser tardias, isto é, sobrevir alguns mezes ou alguns annos depois.

Neste ultimo caso formam-se seja gradualmente, assim por exemplo, pelo estreitamento progressivo do calibre de uma alça intestinal adherente; seja bruscamente, graças a uma disposição especial do intestino, creada no momento da operação, e conservando-se latente até este momento.

Estas obstrucções tardias entram na categoria daquellas estudadas por Frères, sobrevindo apoz as laparotomias n'um lapso de tempo comprehendido entre cinco semanas e vinte annos, a média sendo de tres annos.

Sobre 23 observações de diversos autores que consegui colleccionar, 14 vezes a occlusão sobreveio nos cinco primeiros dias, cinco vezes do quinto ao decimo dia, uma vez no decimo quinto dia. Enfim, n'um caso sobreveio seis annos apoz a laparotomia.

A nossa intenção ao escrevermos esta complicação é unicamente de descrevermos a obstrucção immediata deixando de lado a tardia.

Qual a natureza das occlusões intestinaes immediatas; trata-se de occlusões verdadeiras, por obstaculo mecanico, ou de pseudo estrangulamentos devidos á peritonite? Qual a causa e o mechanismo destas occlusões? Do estudo de sua pathogenia e de seu diagnostico póde-se tirar indicações uteis a seu tratamento.

Sómente uma estatistica detalhada, contendo grande numero de observações, cuidadosamente estudadas, debaixo do ponto de vista clinico, ou desvendadas pela autopsia, poderia nos permittir chegar a conclusões certas. Não julgamos possuir elementos sufficientes para pretender resolver de modo definitivo estes difficeis problemas, assim como nossa

intenção é simplesmente de discutir alguns elementos desta questão segundo nossas observações pessoaes e de outros cirurgiões, procurando por meio da analyse e da comparação destes differentes casos destacar alguns pontos que poderão contribuir a elucidal-o.

Nota-se ás vezes, depois das operações que interessam o peritoneo, o desenvolvimento de accidentes septicemicos graves acompanhados de abaullamento do ventre, retenção completa das materias fecaes e dos gazes, vomitos; os accidentes tem uma marcha por assim dizer fulminante; mas ao lado destes casos felizmente excepcionaes, existem outros mais numerosos, onde os symptomas de occlusão dominam a scena, sem que uma intervenção secundaria ou a autopsia encontre o obstaculo mechanico, interrompendo o calibre do intestino.

A existencia destes pseudo estrangulamentos, nos parece bem demonstrada.

Heurot, de Reims e Thibierge, em suas theses inauguraes, Duplay, n'um trabalho publicado nos Archivos de Medicina, os estudaram bem, tanto e quanto as obstrucções «primitivas» empregamos com Giresse esta denominação para as distinguir das obstrucções secundarias ou post-operatorias.

Para Thibierge, a maior parte destes pseudo-estrangulamentos devem ser attribuidos a paralysias intestinaes quasi sempre de origem reflexa; em alguns casos entretanto seriam devidos ao accumulo de materias fecaes, tendo determinado a paralysia consecutiva do intestino.

Giresse accrescenta que não é raro ver uma inflammação aguda, mesmo circunscrita da serosa peritoneal, se traduzir por symptomas de estrangulamento tão intenso como si se tratasse de uma occlusão verdadeira.

Si estes factos se observam para a occlusão que chamamos primitiva, por mais forte razão podemos os admittir para a occlusão secundaria, onde as causas de irritação ou de infecção do peritoneo são muito mais numerosas.

Durante muito tempo quando a cirurgia abdominal não tinha ainda observado as precauções antisepticas e asepticas, a peritonite generalizada era sempre tida como a responsavel

dos accidentes de occlusão post-operatoria. Hoje ainda, um certo numero de cirurgiões pensa que, nestes casos, deve-se quasi sempre culpar a septicemia peritoneal.

Mas, em virtude da observação a mais rigorosa das regras da antisepsia e asepcia, a peritonite é hoje uma complicação relativamente rara das operações abdominaes; procura-se saber si a occlusão reconhece tambem uma causa localisada, sub-inflammatoria ou mechanica.

Numerosas experiencias foram feitas para elucidar esta questão.

Sänger chega a conclusão de que o intestino vem adherir aos lugares onde falta o peritoneo; os liquidos deixados na cavidade peritoneal são rapidamente absorvidos deve-se temer a paralysia do intestino.

Para Keltenborn e Kustner, as adherencias que se produzem na cavidade abdominal tem por causa principal a infecção. A exfoliação do epithelium e a cauterização do peritoneo não acarretam a formação de adherencias, pelo menos nos casos sem complicação.

Obalinski, depois de duas series de experiencias sobre tres cães, concluio que:

1.° Os liquidos aquosos são muito rapidamente reabsorvidos e não impedem as adherencias; parecem provocar sobre o peritoneo uma especie de irritação analoga á irritação produzida pelos corpos estranhos introduzidos no peritoneo e produzir assim fortes adherencias;

2.° os liquidos oleaginosos reabsorvidos muito lentamente impedem as adherencias, mas a inflammação provocada por elles conduz a uma peritonite mortal;

3.° a abstenção de liquidos dá os melhores resultados, tanto para a cura, como para a formação de adherencias.

Enfim, Dembrowski pretende que sómente os corpos extranhos, ligaduras, etc., e as escharas da inflammação provocam as adherencias peritoneaes. Diz elle que o iodoformio, os coagulos, os liquidos antisepticos, assim como as feridas do peritoneo não exercem influencia sobre a formação das adherencias.

Creio ser o unico a emittir estas opiniões.

Thomson faz por sua vez uma serie de experiencias e reconhece que a causa a mais frequente das adherencias é a infecção; entretanto, apoiando-se sobre experiencias feitas em condições de asepcia a mais perfeita possivel, chega ás seguintes conclusões:

1.º As adherencias do epiploon e dos intestinos se produzem depois de uma operação aseptica;

2.º um corpo estranho como a gaze esterelizada produz adherencias na cavidade abdominal conforme a grandeza da irritação provocada.

Destes dados experimentaes não se póde tirar conclusões firmes, relativamente á producção da obstrucção. Póde-se simplesmente dizer que si a infecção é a causa a mais ordinaria das adherencias, não é necessaria á sua formação; estas adherencias, uma vez constituidas, se sobrevem uma perturbação dos movimentos peristalticos, contribuirão para facilitar a occlusão do intestino; chega-se assim a poder dizer que a peritonite não é o unico agente da occlusão post-operatoria.

A idade do doente não parece ter influencia sobre a frequencia relativa desta complicação.

Com effeito, este accidente se encontra sobretudo nos doentes enfraquecidos, esgotados, seja pelas hemorrhagias, seja pela infecção; naquelles que apresentam em gráo maior ou menor um estado de nervosismo que parece predispor aos reflexos.

Observação

FIGADO MOVEL

Jornal do Commercio 7 de Outubro de 1897.

F. filha de S. Paulo, foi trazida ao Rio, afim de consultar os cirurgiões a respeito de um tumor sobre cuja natureza havia discordancia no diagnostico.

24 annos, forte, a doente apenas accusava como antecedentes morbidos accessos de febre palustre e bronchites repetidas ligadas a uma phymatose pulmonar incipiente.

Soffrendo havia muito tempo de colicas e de perturbações intestinaes, estes phenomenos se exacerbaram depois de uma quéda, occorrida ha dous annos, e que necessitou o exame medico.

Os facultativos quer de S. Paulo, quer do Rio notaram a presença de um tumor abdominal que parecia ter começado na fossa illiaca esquerda, mas que era de grande mobilidade.

O diagnostico feito desse tumor foi muito divergente; uns acreditavam tratar-se de um rim movel ou kystico, outros de um tumor do mesenterio, outros de tumores do ovario, outros ainda de perturbações do pancreas e alguns opinaram pela presença de um tumor estercoral.

Tendo sido chamado o Dr. Barão de Pedro Affonso para examinar a doente, observou o seguinte:

Tumor intra-abdominal arredondado, tendo cerca de 20 centimetros transversalmente, de superficie convexa, lisa, sem fossas nem saliencias; de consistencia elastica, assestado no baixo ventre de onde podia ser deslocado facilmente para cima, podendo ser levado até os hypochondrios.

Este tumor era indolente.

As perturbações funccionaes eram apresentadas por embaraço gastro-intestinal e colicas.

Funcção catamenial irregularmente e perturbações urinarias.

Opinou pela presença de um kysto do ovario de pediculo extremamente longo, embora a mobilidade do tumor fizesse hesitar entre este diagnostico e o de rim fluctuante.

A operação da laparotomia impunha-se claramente e a praticou em presença do Dr. Feijó cujo diagnostico era identico.

Aberto largamente o ventre encontrou espessamento do peritoneo, ligeira ascite e um grande tumor de côr avermelhada escura, descendo muito baixo e de consistencia solida.

Para manobrar com mais facilidade alargou a incizão, circumdando a cicatriz umbilical e introduziu a mão e parte do antebraço no interior do ventre.

Apalpando o tumor reconheceu facilmente que era constituido pelo proprio figado, completamente deslocado.

Seu volume tinha augmentado e o orgão tinha soffrido uma rotação no sentido do seu eixo transversal de modo a apresentar a face convexa directamente para diante e a face inferior para traz.

Nesta reconheceu a vesicula biliar. Procurando na parte superior não poude encontrar no ponto proprio o ligamento suspensor.

Procurando levar o figado á sua posição normal elle obedecia á pressão e recolhia-se ao hypochondrio direito, mas voltava promptamente á sua posição viciosa logo que era abandonado.

Contendo-o no hypochondrio com a mão esquerda, com a direita apalpou directamente todos os orgãos, não achando nenhum outro tumor.

A' vista deste resultado procedeu á sutura do ventre, restabelecendo-se a doente sem o mais ligeiro accidente.

Poder-se-hia fixar o figado á parede abdominal, mas o Dr. Pedro Affonso assim não quiz fazer devido a um começo

de tuberculose pulmonar, que se tinha manifestado na doente. Tendo porém a operação se resumido em uma laparotomia exploradora produzindo a fixação perfeita do diagnostico.

2ª Observação

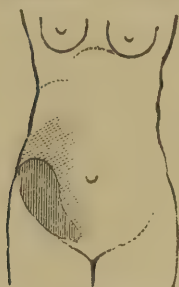
Palma Lombardi, italiana, casada, 28 annos. Refere que seu catamenio foi sempre irregular, accompanhado de dôres, porém nunca abundante.

Exame — Utero em anteflexão; collo duro, aberto transversalmente. Sente-se os parametros occupados por dous tumores, duros, dolorosos do tamanho de uma tangerina.

Entrada a 4—12—98.—Operada a 6—12—98.

Obteve alta a 7—2—99.

Operação a 6—12—98. Laparotomia mediana e ablação dos dous annexos, sendo que os ovarios eram hemato-kysticos.

No 3º dia de operada, a doente queixou-se de fortes dores no flanco direito ao nivel da região renal até a região inguinal, e como o curativo estivesse sujo (por fezes) fez-se novo curativo. As dôres renaes continuaram até mais tarde, e no

6º dia de operada, mudando-se o curativo fez-se o toque vaginal, encontrando-se todos os orgãos moveis, indolentes sem anormalidade alguma. No 7º dia as dôres continuaram muito fortes, precisando uma injecção de morphina, e apresentando a doente um facies typhico, pulso a 120 e 130, dôres hepaticas, figado congesto e côr subicterica.

Fez-se injecção de morphina e prescreveu-se-lhe Calomelanos em dose fraccionada. No 8 e 9º dia a doente conservava-se mais ou menos no mesmo estado.

No 10º dia, examinando se a doente encontrou-se no ventre, occupando a fossa illiaca direita e indo até quasi o figado um tumor que pelo toque vaginal combinado, dava a sensação de empastamento fluctuante, notando o utero semi-fixo e

tendo a doente a tarde a temperatura de 38,5. A principio suppuzemos ter ligado um dos ureteres (o direito), mas, nesse dia, diagnosticamos uma hemorrhagia secundaria por escapamento de alguma das ligaduras.

No 11° dia fizemos a colpotomia posterior, pois o tumor augmentava demasiado (vide a linha pontilhada), dando sahida a um liquido sanguineo, já quasi purulento em quantidade de 2 litros mais ou menos, estando o pulso a 108.

No outro dia a doente tinha um melhor aspecto, o tumor diminuira muito.

No outro dia 23—12—98, ao fazer-se o curativo, sahio um liquido aquoso, amarello sujo, de cheiro urinoso ammoniacal, o qual com a irrigação que se fazia deixou de ter tal caracter, não apresentando-se mais assim, mesmo nos outros dias subsequentes.

Até o dia 26—12—98 a hepatalgia era a mesma bem como a coloração subicterica, as quaes desappareceram a pouco e pouco, com doses prescriptas de calomelanos.

A 30—12—99, a doente que ia bem, relativamente, apresentou-se com frio e febre de novo, 38,5, dôres abdominaes do lado direito, utero mais fixo, bridado para a parte anterior do abdomen e pelo exame com o especulum, vê-se existir um trajecto fistuloso em communicação com a vagina, no lugar da colpotomia que fizemos.

Assim continuou a doente, fazendo-se-lhe curativos diarios, além de injecções intra-fistulam de ether iodoformado, o que trouxe a cura da fistula, obtendo alta a doente a 7—2—99.

A 17 2—99 volta a doente ao hospital e fazendo o curativo vaginal, obtem-se a sahida de umas 20 grammas de um pus cremoso, bem como uma alça de ligadura, atravez do orificio fistular. D'ahi em diante a fistula foi sarando.

A 15—5—99 vem de novo a doente, queixando-se de dôres hepaticas, que deixão-na amarella quando apparecem, pelo que vê-se bem que se tratava de colicas hepaticas quando ella foi operada, e talvez que o esforço das colicas, ou vomitos fizessem largar a ligadura, produzindo aquella hemorrhagia interna.

A 28 de Julho de 99 volta a doente de novo á Santa Casa, porém, com um outro tumor abdominal, que suppomos ser um fibroma uterino produzido talvez por alguma irritação. Esse tumor faz corpo com o utero, seguindo os movimentos impressos a este orgam, e é duro e indolente.

3ª Observação

Rosa Bianchi, italiana, casada, 46 annos, 4 filhos, nenhum aborto.

Ha cinco ou seis mezes que começou a sentir dôres no utero e tendo vindo a consulta, verificou-se que apresentava uma ulceração pequena, dolorosa e hemorrhagica na parte inferior e direita da commisura direita do collo, ulceração esta que não cedeu a tratamento algum durante uns dous mezes, pelo que fez-se o exame histologico, denunciando tratar-se de um epithelioma, incipiente conforme desconfiavamos.

Entrou para a Santa Casa a 14—1—99 e foi operada a 16—1—99. Fez-se então a hysterectomia abdominal, fazendo-es tambem a ablação dos annexos esquerdos que achavam-se alterados. Suturou-se as folhas peritoneaes e deixou-se uma gaze hydrophila aseptica como drenagem vaginal. Curativo occlusivo.

A doente não apresentou elevação thermica senão no 4º dia apoz a operação, tendo corrido os mais dias bem, sem dores abdominaes, ventre relativamente optimo, lingua boa, etc., de fórma que não se esperava tal elevação. Notado que foi isso, como apresentasse a lingua saburosa, foi-lhe prescripto um purgativo salino, que corrigio logo o estado saburral da lingua bem como a febre que desappareceu.

No 8º dia apoz a operação, indo-se fazer a retirada dos pontos de sutura, ao fazer a doente um pequeno movimento de esforço rompeu-se toda a sutura cutanea abdominal, ex-

plodindo uma collecção purulenta, putrida, de côr verde negra, extremamente fetida, e em quantidade de umas 400 grammas aproximadamente.

Fez-se então uma lavagem rigorosa e desinfectante da cavidade aberta, e indo-se fazer a lavagem vaginal, retirou-se a gaze drenadora, que por ommissão tinha sido deixada, in loco, tanto tempo. Cauterizou-se a superficie aberta, com chlorureto de zinco a 5 0|0 e fez-se nova sutura por meio de tiras de sparadrapo, sustendo dous rolos de gaze collocados lateralmente á linha de incizão abdominal, afim de comprimir bem e justapor as superficies que tinham de se soldar.

D'ahi em diante a doente nada mais teve de anormal e a 12—2—99 obteve alta.

Esta doente soffreu uma segunda laparotomia, por causa de uma eventração consecutiva a 1ª operação e da 2ª vez, teve novo abcesso de sutura, porém, que não teve a gravidade e extensão da 1ª operação.

4ª Observação

Ada Ribagni, italiana, casada, nullipara, 22 annos.

Anamnense. Refere ter tido uma blenorrhagia intensa, que trouxe-lhe desde então adoentada, tornando o seu catamenio irregular e doloroso, e ás vezes com vomitos.

Exame: Sensibilidade excessiva para o lado direito da região inguino pubiana direita. Pelo toque vaginal sensibilidade intensa para os annexos direitos, apresentando a doente phenomenos de peritonite parcial. Hysterismo.

Diagnostico: Salpingo ovarite direita blenorrhagica. Salpingo ovarite esquerda ligeira.

Operação a 20—1—99. Aberta a cavidade abdominal vio-se sahir uma quantidade regular de liquido ascitico, proprio de peritonite; trompa e ovario direito adherentes um ao outro, bem como aos intestinos delgado e grosso, adherencias estas já um tanto fortes e intensas. Do lado do annexo esquerdo, deu-se a ruptura da trompa que estava muito friavel, cahindo um pouco de pus na cavidade abdominal, porém, fez-se logo a limpeza do mesmo o melhor possivel.

Seccionou-se o utero, ao nivel de sua união com o collo, cauterizando-se a superficie de secção a thermocauterio. Sutura das folhas peritoneaes que cobriram perfeitamente aocoto uterino e sutura em andares da parede abdominal e drenagem a Mikulicks. Curativo occlusivo antiseptico.

Nos 10 primeiros dias a doente passou bem, com a lingua boa, pouca sensibilidade no ventre, apezar da excitação em que a doente se achava, tanto que no 2º dia voltou-se toda varias vezes no leito, sujando todo o curativo que teve-se de mudar, e retirando-se o Mikulicks no 3º dia.

A 30, a doente queixou-se de uma dor no pulmão direito,

o qual pela escuta nada revelou a não ser uma ligeira diminuição de murmurio vesicular. Figado doloroso a pressão, pelo que prescreveu-se-lhe uma dose de calomelanos, que a doente recusou-se terminantemente a tomar, sendo-lhe então prescripta uma dose de aguardente allemã no outro dia.

A 31 a doente tem difficuldade respiratoria e dôr mais in tensa no pulmão direito. A escuta revela matidez em toda a zona representada em pontilhado ao lado, tendo uma ascensão thermica de 38,5. Prescreveu-se-lhe uma poção stibiada, e outra tonica, além de tintura de iodo a 3 do outro mez, epocha em que a doente entrou a sentir melhoras, continuando-se a fazer-se-lhe o curativo abdominal diariamente, até o dia 27 de Fevereirode 1899, epocha em que a doente obteve alta.

5ª Observação

Rosa Rodrigues, portugueza, casada, 21 annos, 1 filho, nenhum aborto.

Anamnese: Refere que o seu catamenio é irregular e doloroso, pelo que veio á consulta. O exame gynecologico evidencia uma salpingo-ovarite dupla, principalmente o ovario direito.

Proposta a operação, foi esta acceita e effectuada a 6 de Fevereiro de 1899.

Feita a incisão da parede abdominal, encontrou-se logo o utero, que ficou seguro por uma pinça a transficção, e foram logo encontrados os annexos que estavam, duros, volumosos, encarquilhados, os quaes foram excisados entre 2 clamps, apresentando-se o ovario direito do tamanho de uma tangerina, sendo elle polykystico. O ovario esquerdo foi seccionado em parte sómente. Sutura das folhas peritoneaes, e depois, das paredes abdominaes.

O seguimento operatorio foi dos melhores, não tendo a doente a mais ligeira elevação thermica, obtendo alta a doente 11 dias apoz a operação.

6ª Observação

Concepcion Sabre, italiana, casada, 38 annos, nenhum filho, nenhum aborto.

Anamnese. Refere que ha cinco annos que soffre dôres abdominaes, tendo grande constipação de ventre, apresentando-se suas fezes duras e cobertas de catarrho. Ha 7 mezes amenorrheica, tendo já feito uma operação de Schroeder que não lhe trouxe alivio algum. Esteve em tratamento medico, visto não querer operar-se, mas sem resultado algum. Pelo exame gynecologico encontra-se o utero em retroposição, pouco movel, fundo doloroso, augmentado de volume, de consistencia fibromatosa. Não obteve resultado algum com a massagem.

Cansada de soffrer, sugeitou-se á operação a qual foi feita a 14—2—99. Aberta a cavidade encontrou-se o utero em ligeira retroposição, tamanho normal; annexos inflammados, turgidos, adherentes ás partes profundas, aos intestinos e ao utero. Procedeu-se então a ablação total dos annexos direitos e parcial dos annexos sequerdos deixando-se um pouco do ovario e de trompa esquerdos. Cauterização a thermo cauterio, suturas e curativo occlusivo sem dreno. Reunião por 1ª intenção sem reacção alguma febril. Alta 11 dias após a operação.

Proposições

CADEIRA DE PHYSICA MEDICA

1

A intensidade do som varia em razão inversa do quadrado da distancia do corpo sonoro.

2

A intensidade do som não varia mais em razão inversa do quadrado da distancia quando sua transmissão se effectua em tubos, sobretudo se estes são cylindricos e rectos.

3

O enfraquecimento do som torna-se sensivel nos tubos de um grande diametro, ou naqnelles cujas paredes apresentam anfractuosidades.

CHIMICA INORGANICA MEDICA

1

O sublimado corrosivo apresenta-se debaixo da fórma crystallina.

2

E' a melhor substancia antiseptica até hoje conhecida.

3

E' muito empregado em cirurgia debaixo de soluções a 1|4, 1|2, 1 e 2|1000.

BOTANICA E ZOOLOGIA MEDICAS

1

A producção da chlorophyla augmenta com a temperatura.

2

Existe uma temperatura minima abaixo da qual a chlorophyla não póde se produzir, uma temperatura maxima a partir da qual não se produz mais e entre este minimo e maximo uma temperatura optima correspondente a uma producção maxima de chlorophyla.

3

O minimo, optimo e maximo de temperatura variam segundo a planta.

ANATOMIA DESCRIPTIVA

1

As arterias da parede abdominal anterior provem de fontes multiplas: a mammaria interna para cima; a epigastrica e a tegumentosa abdominal para baixo; as ultimas intercostaes, as lombares e a circumflexa iliaca para fóra.

2

A anastomose da epigastrica e da mammaria interna contribue para restabelecer a circulação no membro inferior depois da ligadura das illiacas e da aorta.

3

A's veias profundas seguem o mesmo trajecto das arterias e as veias superficiaes muito numerosas se anastomosam com aquellas do thorax.

HISTOLOGIA

1

O peritoneo se compõe de fibras de tecido conjunctivo reunidas em feixes entre-cruzados, e de fibras elasticas dispostas em rêde.

2

A camada fibrosa ou fibro-cellulosa constituida por estas fibras é recoberta sobre sua face livre por um epithelium pavimentoso formado de um unico plano de cellulas polygonaes.

3

Sobre a tunica serosa do estomago e dos intestinos observa-se filetes nervosos e ganglios microscopicos; estes nervos fazem parte do plexus d'Auerbach: formam uma dependencia da tunica muscular.

CHIMICA ORGANICA E BIOLOGICA

1

A cocaina é um alcaloide extrahido das folhas da Erytho-xilon coca.

2

Conhecida desde 1862 só em 1884 foi por Koller descoberta a sua acção anesthesica sobre as mucosas.

3

E' muito usada, principalmente em cirurgia occular, sob a fórma de sulfato e mais de chlorydrato em solução n'agua.

PHYSIOLOGIA

1

Os musculos tem a propriedade de se contrahirem.

2

Esta propriedade se manifesta nos musculos de fibras estriadas e de fibras lisas.

3

E' a contracção do utero e a das paredes abdominaes que, por occasião do parto, expellem para o exterior o producto da concepção.

CADEIRA DE PATTOLOGIA GERAL

1

A unica causa conhecida da infecção trichinosa no homem, é o uso da carne de porco, crua ou semi-crua.

2

Os porcos são os verdadeiros vectores das trichinas.

3

E' provavel que se infeccionem de differentes maneiras, ingerindo excrementos dos homens ou de porcos trichinosos, que encerram embryões vivos de trichina ou mesmo trichinas intestinaes; ou comendo a carne trichinosa de outros porcos.

CADEIRA DE ANATOMIA E PHYSIOLOGIA PATHOLOGICAS

1

Corpo fibroso do utero é um neoplasma cuja structura lembra aquella do tecido uterino. São benignos.

2

O corpo do utero é muito mais vezes a séde destes neoplasmas do que o collo.

3

Segundo a séde relativamente ás tunicas do orgam temos:

1.° corpos fibrosos intersticiaes occupando a espessura do parenchyma muscular.

2.° sub-mucosos, immediatamente ou quasi immediatamente recobertos pela mucosa.

3.° Polypos ou corpos fibrosos pediculados, retidos ao uterus por um pediculo formado por uma dobra da mucosa, fibras musculares e vasos.

4.° sub-peritoneaes, base larga ou pediculo mais ou menos estreito.

CADEIRA DE CHIMICA ANALYTICA E TOXICOLOGICA

1

A pesquiza da albumina nas ourinas póde ser feita por diversos processos.

2

Os mais geralmente empregados são a ebullição e o acido azotico que precipitam a albumina.

3

Para evitar qualquer causa de erro devem os dous processos ser empregados simultaneamente.

CADEIRA DE CHIMICA PROPEDEUTICA

1

A auscultação tem regras geraes, cuja inobservancia poderá conduzir a resultados enganadores.

2

A auscultação póde ser immediata, ou mediata, isto é, praticada directamente por meio do ouvido, ou por meio de stethoscopio.

3

Das regras da auscultação umas são referentes ao doente e outras ao medico.

CADEIRA DE CLINICA DERMOTOLOGICA E SYPHILIGRAPHICA

1

O cancro duro é a primeira mamnifestação da syphilis.

2

E' umo mamnifestação local de um estado morbido geral.

3

Por conseguinte, a principal parte do tratamento é a afferente ao tratamento geral.

CADEIRA DE PATHOLOGIA MEDICA

1

O beri-beri é uma poly-nevrite.

2

O beri-beri é uma molestia infectuosa.

3

A nevrite beri-berica foi perfeitamente demonstrada por Pekelharing e Winckler.

CADEIRA DE PATHOLOGIA CIRURGICA

1

A febre traumatica é aquella provocada pela absorpção de uma substancia septica pelo fóco do ferimento.

2

Os antigos diziam que a ascensão thermica e as combustões internas que ella traduz marcavam o esforço da natureza para acarretar a reparação da perda de substancia.

3

Hoje reconhece-se que a ascensão thermica é devida á pullulação de germens no fóco traumatico.

CADEIRA DE MATERIA MEDICA, PHARMACOLOGIA E ARTE DE FORMULAR

1

A principal especie botanica da familia das Rutaceas é o jaborandy.

2

O seu principio activo é a pylocarpina sob a fórma de chlorydrato ou nitrato.

3

As partes desta planta empregadas em pharmacia são as folhas para a preparação das infuzões e tinturas.

2ª CADEIRA DE CLINICA CIRURGICA

1

En torse é o conjuncto de phenomenos produzidos pelos movimentos forçados da articulação, comtanto que não determine nem luxação nem fractura.

2

Os principaes symptomas são a dôr e o entumecimento.

3

Têm-se empregado no seu tratamento a massagem e a immobilisação.

CADEIRA DE CLINICA OPHTALMOLOGICA

1

A myopia é um estado do olho no qual os objectos collocados a cinco metros de distancia sem formar sua imagem adiante da retina.

2

Uma das causas principaes são os esforços incessantes de accommodação que empregam os homens que se dedicam ás leituras.

3

A rareza desta affecção nos lavradores confirma esta hypothese.

CADEIRA DE OPERAÇÕES E APPARELHOS

1

A anesthesia cirurgica foi uma das maiores descobertas deste seculo.

2

E' geral ou local.

3

Na anesthesia geral tem preferencia entre nós o chloroformio.

CADEIRA DE ANATOMIA MEDICO-CIRURGICA

1

O musculo grande obliquo do abdomen apresenta uma porção carnuda e uma aponevrotica.

2

A porção aponevrotica é a mais importante para o cirurgião, porque corresponde a parte da parede sobre a qual se practica a maior parte das operações.

3

Ella fórma o orificio externo do canal inguinal; contribue para a constituição da arcada crural e goza a funcção principal na formação do canal inguinal.

CADEIRA DE THERAPEUTICA

1

O salol é uma combinação de acido salicylico e de phenol.

2

Se decompõe no intestino sob influencias diversas em acido salicylieo e phenol, substancias absorviveis.

3

A inconstancia do seu desdobramento diminue sensivelmente seu valor therapeutico — (Lépine).

1ª CADEIRA DE CLINICA CIRURGICA

1

Os kystos do ovario são muito frequentes: sobre 1.823 casos de molestias de mulheres, Scanzoni encontrou 97 casos de tumores do ovario.

2

Apparecem em todas as idades, de preferencia porém dos 30 aos 40 annos.

3

O parto e as affecções uterinas não parecem ter influencia sobre sua producção.

2ª CADEIRA DE CLINICA MEDICA

1

Entende-se por coração gorduroso dous estados muito differentes um do outro: o primeiro é um accumulo anormal de gordura em redor do coração, no musculo cardiaco; o segundo é constituido pela degenerescencia adiposa das fibras musculares do orgão.

2

A infiltração de gordura no coração é quasi sempre um elemento constituitivo da obesidade em alto gráo.

3

A degenerescencia gordurosa do musculo cardiaco tem por causa provavel a quantidade insufficiente de oxygeno devida a uma influencia geral (anemia, envenenamento pelo phosphoro) ou a uma desordem local (perturbação da circulação na espessura do coração, devida a affecções cardiacas).

CADEIRA DE CLINICA PEDIATRICA

1

O rachitismo é uma molestia peculiar á infancia.

2

E' caracterisado por diversas deformações do esqueleto, devidas á incompleta calcificação dos ossos.

3

Muitas vezes se observa o rachitismo nos heredo syphiliticos.

CADEIRA DE HYGIENE

1

A presença dos micro-organismos n'agua não tem significação absoluta, porque a agua póde ser chimicamente pura e bacterio, logicamente não.

2

A agua constitue um meio desfavoravel ao desenvolvimento dos germens pathogenicos: podendo entrelanto elles ahi germinar a custa da materia organica.

3

Acabando-se o manancial da materia organica, a sua vida extingue-se inevitavelmente.

CADEIRA DE MEDICINA LEGAL

1

O infanticidio divide-se em infanticidio por commissão e por omissão.

2

O infanticidio por commissão dá-se nos seguintes casos: suffocação, estrangulação, submersão, golpes e ferimentos e combustão.

3

O infanticidio por omissão tem lugor quando ha: omissão da ligadura do cordão, omissão de alimentos e de vestimentas.

CADEIRA DE OBSTETRICIA

1

O toque consiste na introducção na vagina de um ou de dous dedos, algumas vezes da mão para se informar do estado das partes molles (vagina, utero, etc.) e da bacia.

2

O toque digital nem sempre é sufficiente, por causa da elevação ou espessura das partes que se quer explorar.

3

Sendo preciso recorrer ao toque manual, que muitas vezes exige a anesthesia da doente.

1ª CADEIRA DE CLINICA MEDICA

1

Comprehende-se por hemophilia uma anomalia constitucional particular, que consiste em uma disposição excessiva da parte de certos individuos a hemorrhagias spontaneas e traumaticas.

2

Na quasi totalidade dos casos a hemophilia é congenita e o caracter constitucional de sua hereditariedade resalta da circumstancia que os primeiros signaes da molestia remontam muitas vezes ao começo da existencia.

3

Têm-se assignalado nos hemophilicos o apparecimento relativamente frequente de nevralgias (sobretudo do trigmeo) — Strumpell.

CADEIRA DE CLINICA OBSTETRICA E GYNECOLOGICA

1

A apresentação de face é primitiva ou secundaria.

2

Pinard e outros admittem que a apresentação de face é sempre secundaria e que se produz durante o trabalho do parto.

3

Quasi sempre a apresentação de face é o resultado de uma deflexão da cabeça, tendo-se processado no começo do trabalho.

CADEIRA DE CLINICA PSYCHIATRICA E DE MOLESTIAS NERVOSAS

1

Designa-se por neurasthenia um complexus symptomatico nervoso que se mamnifesta de uma maneira muito variavel e que tem por causa, não uma lesão organica, mas uma perturbação funccional da substancia nervosa.

2

Nervosismo e neurasthenia são expressões abreviadas, creadas para com ellas se poder designar certas formas de uma constituição intellectual anormal.

3

Na grande maioria dos casos esta constituição anormal do espirito ou ao menos seu principio fundamental é original (Srumpell).

Visto Secretaria da Faculdade de Medicina e de Pharmacia do Rio de Janeiro, em 11 de Outubro de 1899.

Dr. Eugenio de Menezes,
Secretario.